

**L'éducation par les pairs
des jeunes en santé sexuelle :
entre apprentissage,
échange d'expériences
et autonomisation**

Philippe Martin

**Philippe Martin, 2018, *L'éducation par les pairs des jeunes en santé sexuelle :
entre apprentissage, échange d'expériences et autonomisation*,
Paris, INED, Document de travail, 246**



L'éducation par les pairs des jeunes en santé sexuelle : entre apprentissage, échange d'expériences et autonomisation.

Philippe MARTIN – Doctorant INED U14

Résumé (1496 signes espaces compris) : L'adolescence représente une période de vie cruciale de transitions où les préoccupations voient le jour, notamment en matière de santé sexuelle. Le passage à l'âge adulte marque alors l'entrée dans la sexualité et l'apparition de diverses préoccupations. La promotion de la santé sexuelle chez les jeunes est donc primordiale pour éviter ou réduire la morbidité et la mortalité liées à des comportements sexuels à risque, mais aussi pour appréhender la sexualité de façon globale et positive. Pour cela, l'éducation à la santé sexuelle a pour ambition de développer des connaissances et des compétences en vue d'adopter sur du long terme des comportements favorables. Aussi, passer de la connaissance à l'action nécessite un processus qui a pour but de rendre le sujet acteur de son changement, c'est-à-dire de sa capacité à être autonome. En cela, l'éducation par les pairs (EPP) correspond à une approche éducative sollicitant des pairs pour transmettre de l'information et mettre en avant des types de comportements et des valeurs. Elle vise à améliorer l'apprentissage social et fournit un soutien psychosocial indéniable. L'EPP en santé sexuelle place les jeunes en tant qu'acteurs de leur propre éducation, favorisant leur autonomisation, pour les jeunes et par les jeunes. L'objectif principal de notre étude est d'analyser le concept d'EPP, en observant ses évolutions et en discutant des outils déployés et des perspectives pouvant apporter au jeune les clés de son autonomisation.

Summary: Adolescence represents a crucial period of life for transitions in which concerns emerge, particularly in the area of sexual health. The transition to adulthood marks the entry into sexuality and the emergence of various concerns. Promoting sexual health among young people is therefore essential to avoid or reduce the morbidity and mortality associated with risky sexual behavior, but also to understand sexuality in a holistic and positive way. For this, sexual health education aims to develop knowledge and skills with a view to adopting long-term positive behaviors. Also, moving from knowledge to action requires a process that aims to make the subject actor of its change, that is to say its ability to be autonomous. In this, peer education (EPP) is an educational approach that solicits peers to convey information and to highlight types of behavior and values. It aims to improve social learning and provides undeniable psychosocial support. The sexual health EPP places young people as actors in their own education, promoting their empowerment, for young people and by young people. The main objective of our study is to analyze the concept of PPE, by observing its evolutions and by discussing the tools deployed and perspectives that can give the young person the keys to his autonomization.

Mots clés : Adolescents et jeunes adultes ; santé sexuelle ; promotion de la santé ; éducation ; empowerment.

Keywords: Adolescents and young adults; sexual health; health promotion; education; empowerment.

Liens avec l'INED : Ce document de travail s'inscrit dans le cadre d'une thèse menée au sein de l'UR14 de l'INED et pour l'Inserm (U1123). Il est le résultat d'un travail de mémoire du DIU Santé Sexuelle et Droits Humains de l'Université Paris Diderot. Il correspond à une composante de ma thèse sur les communautés participatives en ligne comme outil de promotion de la santé sexuelle des jeunes. Aussi, il est en lien direct avec les axes de recherche de l'INED et de l'UR14, notamment celui de la santé sexuelle aux différents âges de la vie. Ce travail s'intègre enfin dans un projet commun entre l'Ined (UR14) et l'Inserm (U1123) sur l'application du modèle d'éducation par les pairs en santé sexuelle et sur internet.

Table des matières

Introduction	3
I. Jeunesse et santé sexuelle: entre préoccupations, recherche d'information et éducation	7
a) Généralités sur des vulnérabilités.....	7
b) Comportements des jeunes en santé sexuelle.....	9
c) Recherche d'information et éducation sexuelle pour des comportements favorables à long terme.....	12
II. Approche théorique du concept d'éducation par les pairs.....	16
a) L'éducation par les pairs, entre particularités et complémentarité	16
b) Place des jeunes comme acteurs de leur éducation	21
c) Les spécificités d'une application à la sante sexuelle.....	24
III. Intégration d'un concept aux actions de promotion de la santé sexuelle par les pairs.....	27
a) Démarche de promotion de la santé sexuelle des jeunes	27
b) Rôles des acteurs et approches de construction des programmes	28
c) L'action concrète : lieux, supports et évolution des circuits interactifs.....	33
d) Risques, limites et recommandations des actions déployées	38
IV. Construction de la preuve pour une évaluation complexe	44
a) Cadre de l'évaluation des interventions d'éducation par les pairs en santé sexuelle.....	44
b) Evaluation de processus en santé et qualité de mise en œuvre	46
c) L'évaluation d'impact pour une mesure des résultats de santé	48
V. Discussion générale	51
Conclusion.....	55
Références bibliographiques	56
Résumé	64

Introduction

Le développement personnel intervient aux différentes étapes de l'existence. Face aux adolescences, aux trajectoires similaires ou distinctes, « les jeunes » sont bien souvent en proie à des préoccupations et des interrogations propres ou collectives. « Se construire en apprenant des autres », « être soi sans devenir l'autre », il n'est pas toujours évident de trouver son identité propre dans un environnement et une sphère sociale où tout nous influence, et où appréhender ensemble, pour soi et pour les autres, relève du défi.

L'**autonomisation** des individus, dans toute la subjectivité qu'elle implique, intervient comme caractéristique essentielle de la construction identitaire, et ce, notamment lorsque les évolutions personnelles, sociétales et environnementales se voient reconfigurées. En cela, « le propre de l'individu humain est en effet de pouvoir se décider par lui-même à partir de représentations et de normes émanant de sa réflexion critique, qu'il est apte à traduire en stratégies et en actes » (1).

La question de l'autonomisation à l'âge adolescent est majeure, tant elle soulève des problématiques évolutives et constitutives d'une existence vouée à durer. L'adolescent va devoir établir son **identité personnelle**, à savoir composer entre « ses intérêts, ses valeurs, ses capacités, et les opportunités sociétales, dans un contexte social et culturel beaucoup plus large que celui de l'enfance » (2). Il s'agira pour lui d'explorer les opportunités nouvelles offertes par la société, afin de décider ce qu'il veut pour son propre compte, choisir ses objectifs de vie, ses valeurs, pour s'engager progressivement dans des rôles d'adultes.

Dans un moment de transition qu'est le **passage à l'âge adulte**, de nombreuses reconfigurations sociales interviennent, avec une évolution des rapports ou des liens et échanges nouveaux. Pour les jeunes, les **relations interpersonnelles** seront indispensables pour aider les adolescents à faire face aux facteurs de stress. Ces relations agiront comme des sources de soutien social les protégeant de la « détresse psychologique » (3), les systèmes sociaux étant alors considérés comme des sources de bien-être (4) et comme une manifestation du capital social communautaire (5). Ce soutien est alors défini comme des dispositions réelles ou perçues, données par la communauté, les réseaux sociaux et les relations intimes (6). Dans ce contexte, le jeune, notamment face à ses préoccupations, aura besoin d'appui, notamment auprès de ses camarades, amis, proches, ces derniers intervenant alors comme des repères dans la construction.

Aussi, le précepte comportemental d'« attachement » demeure actif tout au long de l'existence. L'entrée dans l'adolescence et l'évolution individuelle conduisent à une évolution et un détachement des liens primaires, au profit de la **création de nouveaux liens** consolidés dès la fin de l'adolescence (7). Aussi, autonomisation et attachement restent unis, puisque les transformations affectives sont liées à des mouvements concomitants de mise à distance des parents et de proximité avec des pairs.

L'irruption de la sexualité et la sexualisation des liens primaires jouent alors un rôle déterminant dans ce double mouvement (7).

Les adolescents et jeunes adultes (ou « les jeunes ») s'insèrent donc dans une période évolutive où les sphères collective, sociale, communautaire et sociétale joueront un rôle primordial dans la construction de l'individu. La **dynamique des groupes** prend alors toute sa place dès lors qu'elle aura une influence sur la capacité des jeunes à s'insérer dans un cadre où l'affecte intervient largement et où l'influence des membres du groupe pourra agir sur la prise de décision individuelle (8,9). En cela, comment appréhender la construction des groupes pour permettre un vivre ensemble, un bien-être et un "empowerment" collectif et individuel, avec l'intérêt d'une société fondée sur le respect des unicités propres à chacun ?

La question de la **santé des jeunes** demeure centrale, et ce notamment face aux problématiques majeures existantes pour cette population, que ce soit au niveau des préoccupations, des besoins ou des problèmes de santé réels, parfois liés à des comportements à risques néfastes, évitables et souvent engendrés par les pressions extérieures (10). De plus, la question de la santé, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), place la santé dans une démarche de bien-être global (social, physique, et mental), au-delà d'une simple incidence de maladie (11,12). Agir pour la santé des individus représente alors une démarche globale, où prévenir des morbidités et mortalités s'insère dans un concept de **promotion de la santé**, donnant aux individus les compétences et moyens d'assurer une maîtrise de leur propre santé (11).

L'adolescence marque une étape d'**entrée dans la sexualité**, avec l'émergence de l'excitation sexuelle en même temps que des changements physiques, mentaux et émotionnels rapides. Face à cette transition délicate, les adolescents demeurent plus sensibles aux sujets sexuels. Par conséquent, ils essaieraient de trouver des réponses à leurs questions et leurs préoccupations (évolutions corporelles, relations amicales et amoureuses, orientation sexuelle, identité sexuelle, sexualité). A travers les diverses sollicitations par les médias ou autres contextes sociétaux, les jeunes, qu'ils soient adolescents ou jeunes adultes, restent mobilisés en matière sexuelle et au niveau des comportements sexuels. Aussi, pour exemple, face à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les jeunes, il existe encore un manque de connaissances et compétences relatives aux comportements sexuels à risque parmi cette population vulnérable (13).

En cela, la **santé sexuelle** se définit comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social par rapport à la sexualité, allant au-delà d'une simple absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité (14–17). Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et remplis. Les droits sexuels

sont étroitement liés aux droits humains déjà reconnus aux niveaux national et international. Ils comprennent ainsi le droit au meilleur état de santé sexuelle possible, notamment dans l'accès à la sexualité, à la reproduction et aux services de santé. Aussi, chaque individu doit pouvoir rechercher, recevoir et communiquer des informations relatives à la sexualité, mais également recevoir une éducation à la sexualité (14).

Pour ce faire, **l'éducation en santé** se positionne dans une perspective de longévité et de développement des capacités individuelles et collectives sur du long terme, afin d'améliorer la qualité de la vie(18). Elle fait référence au développement des connaissances, des attitudes, des croyances ou des comportements d'une personne à la suite du processus d'apprentissage et bien souvent de mise en réseau des individus. Aussi, la simple connaissance reste insuffisante pour permettre aux individus de tendre vers ce bien-être global qu'est la santé. Passer de la connaissance à l'action nécessite un processus bien décrit, qui a pour but de rendre le sujet acteur de son changement, c'est-à-dire de sa **capacité à être autonome (empowerment)**(8). En ce sens, les groupes d'individus peuvent représenter un moyen efficace, notamment dans le partage de savoirs informationnels et expérientiels. Comment les individus peuvent-ils alors s'éduquer, dans une démarche collective mais aussi dans une nécessité d'individualisation propre à chacun ?

Les jeunes représentent une population prioritaire en matière de **promotion et d'éducation à la santé sexuelle**(19), et les champs d'interventions associés correspondent au développement des connaissances et du niveau d'information (sexualité, risque, etc.), des attitudes favorables vis-à-vis de la santé sexuelle (ouverture d'esprit, respect, estime de soi) et des aptitudes ou compétences personnelles (esprit critique, consentement, négociation, prise de décision) (20). Pour cela, la **stratégie nationale de santé sexuelle** préconise, dans son première axe, d'investir dans la promotion de la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, et ce dès le plus jeune âge, dans une approche globale et positive (19). Il est alors question d'agir précocement auprès des jeunes pour que chacun d'eux puisse prendre des décisions éclairées et responsables en matière de santé sexuelle. Il s'agit entre autre d'éduquer dès le plus jeune âge à la vie sexuelle et relationnelle, dans le respect des droits humains, et d'améliorer l'impact des informations de santé sexuelle diffusées.

Parmi les nombreuses démarches éducatives existantes, **l'éducation par les pairs (EPP) se définit comme une « approche éducationnelle faisant appel à des pairs (personne du même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs »**(21).

L'EPP est un processus par lequel des personnes bien formées et motivées entreprennent des activités éducatives informelles ou organisées avec leurs pairs, visant à développer leurs connaissances, attitudes, croyances et compétences leur permettant d'être responsables et de protéger leur propre santé. Les jeunes représenteraient une population tout à fait réceptive à ce mode d'éducation,

notamment face aux dynamiques sociales existantes, au-delà de la simple démarche de promotion de la santé. Les jeunes pourraient alors recevoir du soutien de leurs pairs, mais pourraient également être acteurs dans une réciprocité certaine.

Pour cela, il existe de nombreux **circuits de communication** pour supporter et déployer le modèle d'EPP, notamment en santé sexuelle, et ce, que ce soit dans les écoles, les lieux de vie culturels ou associatifs, ou grâce aux nouveaux outils numériques. Ainsi, face à l'avènement d'Internet et des médias sociaux, "la toile" est souvent utilisée par les jeunes pour rechercher de l'information en lien avec des questions de santé (22). En ce qui concerne la sexualité (et donc la santé sexuelle), la discussion avec les pairs apparaît comme la source principale d'information (23), et peut être largement utilisé dans les projets de promotion de la santé sexuelle chez les jeunes.

Avec la diffusion de l'EPP, y compris par les organisations nationales et internationales, il devient de plus en plus important de **synthétiser les preuves des programmes d'EPP existants en santé sexuelle et pour les jeunes**, afin de guider au mieux la prise de décision et la planification des programmes(24). Mais comment mettre en place un programme de santé publique relevant de l'intervention complexe en santé publique ? Aussi, dans quelle mesure considérer son efficacité, ses apports et ses procédures optimales de développement ?

Hypothèse de recherche: Nous formulons l'hypothèse qu'un modèle d'EPP représente un moyen d'éducation efficace pour promouvoir la santé sexuelle des adolescents et jeunes adultes, avec des risques et des limites à prendre en compte dans le cadre du développement des actions de la santé.

Problématique: Dans quelle mesure l'EPP chez les jeunes favoriserait-elle ou non l'autonomisation, l'empowerment et l'acquisition de compétences et comportements favorables en santé sexuelle ?

Présentation: A partir de la littérature scientifique internationale et de la littérature grise, nous dressons ici un état de l'art actuel du concept même d'EPP en santé sexuelle et chez les jeunes, en décrivant les applications possibles. i) Il s'agira de décrire les préceptes majeurs des adolescents et jeunes adultes, et ce notamment en matière de santé sexuelle. ii) Ensuite, nous mettrons en avant l'approche théorique du concept d'EPP et son application à la santé sexuelle. iii) Il nous sera aussi possible d'observer les actions déployées et les supports utilisés pour mettre en place ce modèle éducatif. iv) Nous souhaitons également discuter l'efficacité de ce modèle (question de la preuve), puisque de nombreuses études mettent en place des évaluations-actions permettant d'étudier les apports d'une éducation complémentaire aux circuits traditionnels. v) Enfin, nous discuterons de manière générale de l'existant, des perspectives et des besoins supplémentaires et indispensables pour l'optimisation de l'EPP des jeunes en santé sexuelle.

I. Jeunesse et santé sexuelle: entre préoccupations, recherche d'information et éducation

L'adolescence provient du latin « *adolescens* », participe présent du verbe « grandir », et correspond à l'établissement d'une quête d'un sens et d'une valeur à son existence (25). Pour autant, la période adolescente met en avant des singularités et des significations différentes pour une population de même âge. Face à l'imminence du monde adulte, les jeunes s'engageront au fur et à mesure dans des **responsabilités sociales, culturelles et professionnelles nouvelles**. Aussi, le corps est une source de changement majeure et constitue parfois (ou bien souvent) un motif d'anxiété. **L'entrée dans la sexualité** peut intervenir à différents instants et dans des conditions diverses. Il n'existe donc pas un "profil type" de jeunes, puisque les conditions sociales, économiques et culturelles influent largement sur la construction individuelle. Nous considérons donc les jeunes comme les adolescents et les jeunes adultes, puisque l'acquisition des compétences adultes ne s'arrête pas à la simple période adolescente, mais s'intègre dans une continuité où le jeune adulte continuera son entrée dans l'âge adulte. **La santé sexuelle des jeunes est donc à penser de façon inclusive**, en fonctions des parcours et des spécificités propres à chaque individu.

a) Généralités sur des vulnérabilités

Les adolescents et jeunes adultes dans une période évolutive singulière

Selon l'OMS, la période de l'adolescence se situe à des âges compris entre 10 et 19 ans (10), même si certains chercheurs s'entendent aujourd'hui sur une tranche d'âge englobant les 10-24 ans, L'adolescence s'inscrit dans une période de vie transitoire, où croissance et développement humain vont amorcer le passage à l'âge adulte, quittant définitivement la période de l'enfance, notamment dans les **processus biologiques** nouveaux tels que l'apparition de la puberté. Il s'agit également d'une période de développement nouvelle, par l'acquisition progressive de **l'indépendance** (choix libres et éclairés, libre arbitre, raisonnement personnel), qu'elle soit sociale ou économique, le développement de son identité propre, et le développement de ses compétences requises pour remplir son rôle d'adulte.

La période adolescente met en avant une réponse sociétale face à une évolution physiologique appelée **puberté**. La croissance rapide du corps et son arrêt fait basculer le corps de l'enfance vers celui de l'adulte (26). Bien que les déterminants biologiques soient universels, les caractéristiques associées à cette période de vie peuvent largement varier en fonction des situations sociales, économiques et culturelles. Aussi, les changements générationnels, avec l'évolution des attitudes et des comportements sexuels, mais aussi avec les nouveaux moyens de communication, sont aussi des facteurs déterminants de cette période. Face à cette métamorphose, les jeunes construiront alors leur **identité personnelle et sexuelle**, afin d'acquérir les compétences nécessaires pour agir dans

son rôle d'adulte, et ce malgré l'embarras d'un corps en changement. Il s'agira progressivement de se détacher de la tutelle des parents pour tendre vers une autonomie. Les figures d'identification privilégient alors les pairs, les adultes de leurs entourages tels que des professeurs, ou alors des personnages médiatiques (25).

Dans son rapport au monde, le « processus de séparation-individuation » (initié par le psychiatre P. Blos) est largement repris en psychologie comme un passage adolescent permettant de se séparer des figures parentales et d'exister comme un individu propre. Néanmoins, les assises narcissiques restent fragiles, et les souffrances adolescentes sont parfois les héritages de manques, notamment dans les relations initiales aux parents ou proches du cercle familial (25). La construction du jeune soulève également la nécessité de **l'expérimentation**. Il s'agit pour lui d'édifier ses valeurs et ses normes pour rendre possible des nouveaux liens sociaux. Il s'agira aussi de rentrer dans un mouvement de transgression, de provocation, pour se différencier, se construire et tracer son propre parcours (25). Ainsi, bien que cette période marque le champ de tous les possibles, avec des potentiels certains, il s'agit également d'un moment de prises de risques, notamment en fonction d'un contexte social (famille, proches, camarades, pairs) pouvant influencer sur ces conduites.

Des entrées dans la sexualité

L'adolescence est alors une période transitoire durant laquelle des **développements majeurs de la sexualité ont lieu** (27) pouvant être expliqués selon un **modèle bio-psycho-social**. Les facteurs biologiques, les facteurs psychologiques, ainsi que les facteurs sociaux auront une importance égale dans la détermination du développement de la sexualité chez les adolescents(27). Aussi, **l'entrée dans la sexualité peut se faire à différents temps, dans différents contextes et susciter des interrogations et préoccupations propre à chacun**, que ce soit dans le rapport à l'intime, les relations amoureuses ou encore les pratiques.

Au-delà d'une définition du sexe comme caractéristique biologique, **la sexualité des individus demeure alors un aspect central de l'être humain**, et ce tout au long de la vie. Il englobe le sexe, l'identité et le rôle de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est alors vécue et exprimée en pensées, fantasmes, désirs, croyances, attitudes, valeurs, comportements, pratiques, rôles et relations (14). La sexualité humaine est donc déterminée par de nombreux facteurs, comme les aspects culturels, politiques, juridiques et philosophiques de la vie, mais aussi par la moralité, l'éthique, la théologie, la spiritualité et la religion (28).

Les relations entre les pairs : mécanismes nouveaux et possibles vulnérabilités

L'entrée dans la sexualité des jeunes vient interroger plusieurs facteurs, dont celui des **nouvelles relations** établies durant cette période de transition. C'est à partir de l'adolescence que certaines

relations avec les pairs vont progressivement évoluer et jouer un rôle au niveau de l'attachement. À la fin de l'adolescence, des relations à long terme se mettent en place dans lesquelles les pairs (partenaires amoureux ou amis proches) deviennent des figures d'attachement (7).

Le mouvement vers l'autonomie positionne donc les pairs comme nouvelles figures d'attachement, avec une mise à distance des parents. Aussi, les besoins d'attachement ne disparaissent pas, mais sont progressivement et partiellement transférés au niveau des pairs. Trois éléments majeurs sont à identifier comme amenant l'adolescent à revisiter la qualité de ses attachements, à savoir les **nouvelles capacités cognitives, la poussée vers l'autonomie, l'attraction sexuelle et les relations avec les pairs** (29). Les pairs vont avoir une **influence socialisante** importante pendant l'adolescence, avec notamment un mécanisme de l'utilisation de **comparaisons sociales**, impliquant la comparaison de ses propres attitudes, comportements et accomplissements avec ceux des autres. Pour exemple, les comparaisons sociales pourront influencer l'« image corporelle », également associée à l'influence parentale et des médias (30).

Face à la sphère sociale, le jeune se verra donc en proie à de **nouvelles vulnérabilités**. L'apprentissage social pourra venir questionner le jeune sur l'établissement de ses nouvelles relations, notamment amoureuses. Le changement du corps pourra également fragiliser le jeune dans son image propre et son estime de soi. Aussi, l'entrée dans la sexualité peut se faire de différentes manières, et **l'influence des pairs peut jouer un rôle majeur dans le vécu de la sexualité**, notamment face aux expériences, informations, normes et représentations transmises par les jeunes eux-mêmes. Ces pressions sociales des pairs, bien souvent implicites, positives ou négatives, positionneront le jeune face à des choix, dans ses croyances, ses attitudes et ses pratiques. Par exemple, il a été démontré que des adolescents croyant que leurs camarades utilisaient des préservatifs sont davantage susceptibles d'utiliser des préservatifs que leurs camarades n'y croyant pas (31). Ces « pressions » peuvent donc permettre aux jeunes de faire face à leurs préoccupations, mais peut aussi engendrer des comportements à risques certains, tels que les consommations (alcool, drogues, tabac), les relations sexuelles précoces ou encore les IST (dont le VIH).

b) Comportements des jeunes en santé sexuelle

Un **comportement de santé** correspond à toute activité entreprise par un individu dans le but de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé (32). On parlera alors de comportement orienté vers la santé. Ainsi, la notion de comportement lié à la santé correspond à tout comportement ou toute activité faisant partie de la vie quotidienne, mais qui influe sur l'état de santé de la personne. Cette notion sous-tend les comportements **comme faisant partie intégrante des modes de vie d'un individu ou d'un groupe**. Aussi, la notion de **comportement à risque** recouvre les pratiques et les habitudes ou les actions qui mettent les individus en danger vis-à-vis de maladies ou de problèmes de

santé et peut être vue comme une réponse ou une façon de faire face à des conditions de vie défavorables (32). Dans le cadre de la santé sexuelle, comment rendre compte des risques pris, notamment par les jeunes ? Quel regard porter sur les comportements à risque des jeunes, en dehors des stigmatisations, des culpabilisations et des alarmismes ?

Comment passer des comportements à risques...

De nombreux adolescents et jeunes adultes ont des relations sexuelles, avec une grande **variation dans la fréquence de l'activité sexuelle** et dans le nombre de partenaires (parmi ceux qui sont sexuellement actifs), la plupart d'entre eux ayant été consentants. Néanmoins, dans une minorité significative de cas, ils ont subi des pressions ou ont été contraints à une activité sexuelle non consentie par leurs pairs ou des adultes.

La notion de risque dans les comportements sexuels peut intervenir à la fois au niveau des pratiques sexuelles en elles-mêmes et au niveau des partenaires amoureux ou sexuels. Les problématiques de santé sexuelle interviennent souvent dans le cadre de **rapports « non protégés »** (absence d'utilisation du préservatif et des moyens de contraception, augmentation des avortements), de **consommations de substances**, de **violences sexuelles et de rapports non-consentis** (33). L'inexpérience sexuelle peut aussi engendrer des comportements à risque, notamment dans la difficulté de gérer à la fois émotion et excitation sexuelle. Les croyances ou encore les idées reçues peuvent aussi augmenter le risque. La curiosité sexuelle à l'adolescence a conduit à l'exposition à la pornographie, à l'indulgence dans les activités sexuelles, et augmente également la vulnérabilité pour les abus sexuels. Plusieurs études ont évalué directement la **relation entre les connaissances sexuelles et les comportements sexuels à risque**. Cependant, toutes ne concluent pas forcément à un lien entre connaissances et comportements sexuels à risque et le manque de consensus concernant la relation entre une connaissance précise de la sexualité et des pratiques sexuelles à risque est compatible avec l'observation de nombreux chercheurs dans le domaine de la prévention des comportements sexuels à risque (34).

Actuellement, l'exposition sexuelle à l'adolescence est préoccupante en raison du **risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles**, y compris l'infection par le VIH / SIDA, les **grossesses non désirées** chez les adolescentes et la paternité chez les adolescents (27). Au niveau mondial, l'OMS estime que le nombre de **contaminations aux IST est le plus élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans**, avec un jeune sur vingt contractant une IST chaque année. En France, on observe une augmentation de l'incidence des IST (dont le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)) chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans. Les infections au Papilloma Virus Humain (HPV) sont les plus fréquentes, puisqu'acquises dans 40% des cas lors des deux années suivant le premier rapport sexuel. Les jeunes restent donc les plus contaminés par les HPV chaque année. Aussi, 78% des cas de chlamydioses, 66% des cas de gonococcies et 33% des cas de syphilis sont déclarés chez les jeunes. Concernant le VIH,

25% des découvertes de séropositivité sont répertoriées chez des jeunes de 15 à 29 ans. Toutes ces IST auront de graves conséquences, entraînant des morbidités (lésions, stérilité, dégénérescence physique) et une mortalité. Elles peuvent néanmoins être évitées grâce à des actions de prévention adaptées, permettant ainsi de promouvoir la santé sexuelle des jeunes.

... aux comportements protecteurs?

Le **respect des droits humains** est avancé par l'OMS comme condition indispensable pour une bonne santé sexuelle. Ce cadre d'analyse de la santé sexuelle intègre donc les droits humains, et des dimensions mentales, émotionnelles, sociales et physiques.

Pour maintenir ou développer une santé sexuelle convenable, il demeure nécessaire d'agir sur les **connaissances et le niveau d'information** (développement sexuel, risques associés à des rapports non protégés, les moyens de protection et modalités d'accès). Il s'agit également de favoriser les **attitudes et les valeurs positives** en santé sexuelle (ouverture d'esprit, respect de soi et d'autrui, estime de soi, attitude dénuée de jugement de valeur négatif, sens des responsabilités), tout comme les **aptitudes et les compétences personnelles** (esprit critique, communication et négociation, prise de décision, affirmation de soi, confiance, capacité à assumer des responsabilités, capacité à poser des questions et à chercher de l'aide, empathie). Il s'agit également de concevoir un environnement social favorable à la santé sexuelle (20).

Toutes ces dimensions permettront **l'adoption de comportements favorables en santé sexuelle**, que ce soit par le respect, les rapports sexuels protégés et consentis, ou encore dans l'utilisation des moyens de contraception, de dépistage et l'accès aux services de santé. Dans ce cadre, l'influence de la culture et de la sphère sociale et environnementale pourront influencer, positivement ou négativement sur les comportements des jeunes en matière de sexualité (transmission d'information, normes véhiculées, représentations). C'est pourquoi il est nécessaire de permettre à l'ensemble de la population, notamment les jeunes, de **prendre des décisions éclairées et responsables quant à sa santé sexuelle, notamment par l'information, l'éducation et la communication à la santé sexuelle** (19).

Les comportements sexuels des jeunes auront donc un impact sur le bien-être global des jeunes. Il semble également important de soulever la **différence existante entre l'intention d'adopter un comportement et la pratique elle-même**. Un jeune peut avoir l'intention d'avoir un comportement protégé mais, dans la réalité, il se retrouve dans une situation non protégée ou vulnérable (situation imprévue, oubli, contrainte). Aussi, les croyances erronées, la méconnaissance ou tout simplement la difficulté d'appréhender la sexualité dans son ensemble peuvent être des déterminants des comportements sexuels des jeunes. La question de **l'éducation** demeure ainsi centrale pour promouvoir la santé sexuelle des jeunes, au sein de laquelle la **recherche et l'appropriation de**

L'**information** tient toute sa place dans une démarche d'adoption d'un comportement favorable, un jeune pouvant se questionner ou être préoccupé par des questions qui lui sont propres.

c) Recherche d'information et éducation sexuelle pour des comportements favorables à long terme

Face aux préoccupations des jeunes dans leurs vécus comme dans leurs actes, les jeunes seront souvent dans une **quête de réponse face à leurs questions**. La **recherche d'information** est alors le premier réflexe, que ce soit de manière formelle (école, institutions d'éducation ou de santé) ou informelle (proches, pairs, internet, médias). Les raisons les plus fréquentes d'accéder à l'information sur la santé sexuelle peuvent être celles liées à la vie privée ou à la curiosité des jeunes (35).

Le Baromètre Santé montre que les femmes sont plus nombreuses à rechercher des informations de santé que les hommes (22). Par ailleurs, face à l'avènement d'internet et des médias sociaux, les **informations circulantes deviennent massives et diverses**, notamment concernant la pertinence et la fiabilité de celles-ci. Elles peuvent notamment provenir de **différentes sources**. Par exemple, la quasi-totalité des jeunes français sont des utilisateurs d'internet et presque la moitié d'entre eux a déjà utilisé internet pour recherche de l'information de santé (22,36). Les sites d'informations institutionnels, tels que « Onsexprime.fr », peuvent alors être des lieux d'information crédibles et adaptés aux jeunes. Les populations spécifiques (orientation et identité sexuelle) sont aussi davantage susceptibles de se tourner vers Internet pour obtenir de l'information sur la santé sexuelle (35). Il peut exister des différences selon l'orientation sexuelle, les jeunes hétérosexuels étant moins susceptibles que les autres jeunes de rechercher de l'information sur la santé sexuelle en ligne parce qu'ils n'avaient personne à qui demander (35).

Les mécanismes de recherche d'information joueront un rôle primordial dans l'apprentissage formel comme informel, ce dernier découlant des différentes activités de la vie quotidienne. L'accès et l'appropriation de l'information peut jouer un rôle dans les changements de comportements de santé, notamment en santé sexuelle (35). Néanmoins, bien que l'information participe à la modification des connaissances et des représentations, il véhicule également des normes. En ce sens, informer et convaincre ne suffisent pas à entraîner des changements de comportements et de représentations (36). Pour cela, **l'éducation tient une place toute particulière, puisqu'allant au-delà de la simple information**.

En effet, l'éducation pour la santé a pour visée d'apporter à chacun **les compétences, les aptitudes et les moyens de protéger et d'améliorer sa santé**, mais aussi celle de la collectivité. Il s'agit de miser sur l'apprentissage, permettant d'agir sur les connaissances, les attitudes, les comportements avec des objectifs de promotion de la santé (36). L'éducation en santé correspond alors à une perspective de développement des capacités individuelles et collectives sur du long terme, afin d'assurer la longévité

et la qualité de vie des personnes. Cette éducation se positionne au-delà de l'information éducative transmise, puisqu'il s'agit de **développer des modifications d'opinions et d'attitudes, et de voir s'exprimer une intention de changement de comportement** (18).

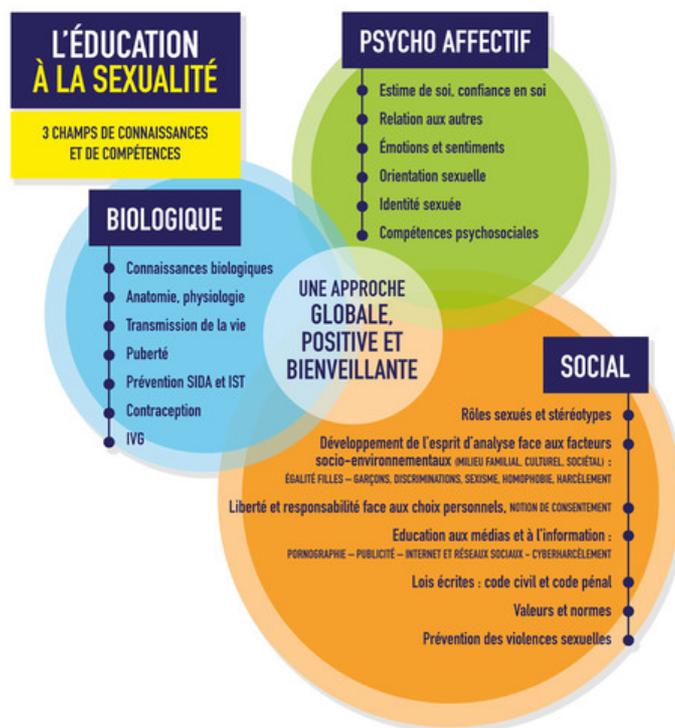
« L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. » (37).

L'éducation pour la santé dispose d'un double objectif. Il s'agit premièrement de **promouvoir les moyens protecteurs des dangers sanitaires**, sans pour autant susciter la peur ou la culpabilisation. Aussi, cette démarche doit **renforcer l'estime de soi** des individus, pour accompagner l'individu à se sentir bien dans « son corps », support représentatif de toutes les dimensions du bien-être compris dans la définition même de la santé (38). En cela, **l'auto-efficacité**, ou la croyance d'avoir la capacité d'accomplir correctement une action particulière a été un concept majeur dans les théories sociocognitives de la prévention du VIH (39). Cependant, relativement peu de recherches examinent le rôle de l'auto-efficacité dans la promotion de pratiques sexuelles plus sûres chez les adolescents (34). Par ailleurs, il a été démontré que les adolescents croyant qu'ils pouvaient prendre des « mesures de précaution efficaces pour éviter le VIH » avaient moins de partenaires sexuels et déclaraient utiliser plus de préservatifs que leurs pairs qui avaient des scores d'auto-efficacité inférieurs (40). De plus, la détresse psychosociale, bien souvent liée à l'estime de soi, a été associée à l'activité sexuelle des adolescents, des niveaux plus élevés de détresse étant associés à une plus grande activité sexuelle(34). Les adolescents qui déclarent des niveaux plus élevés de religiosité sont moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels.

Ceci nous conduit au fait que la définition de la sexualité est complexe. Elle inclut les rôles de genre et l'orientation sexuelle. Elle est influencée par l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques, cognitifs, sociaux, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels (14). En cela, **l'éducation dès le plus jeune âge permet aux jeunes d'adopter des comportements favorables sur du long terme**, l'éducation devant se faire en amont de l'entrée dans la sexualité (19). Les jeunes acquièrent progressivement des connaissances, développent des idées, des valeurs, des attitudes et des compétences en rapport avec leur corps, leurs relations intimes et ou encore leur sexualité. Pour ce faire, ils utilisent différentes sources d'apprentissages. En cela, **l'éducation en santé sexuelle des jeunes** intervient alors comme primordiale. *« L'éducation sexuelle signifie l'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité. L'éducation sexuelle commence dès la petite enfance, et se poursuit à l'adolescence et à l'âge adulte. Pour les enfants et les jeunes, son objectif premier est d'accompagner et de protéger le développement sexuel. »* (41). Elle est la fourniture d'informations sur le développement corporel, le sexe, la sexualité

et les relations, ainsi que le renforcement des compétences pour aider les jeunes à communiquer et à prendre des décisions éclairées concernant le sexe et leur santé sexuelle (42). L'éducation sexuelle inclue des informations sur la puberté et la reproduction, l'abstinence, la contraception et les préservatifs, les grossesses non désirées, les relations, la prévention de la violence sexuelle, l'image corporelle, l'identité de genre et l'orientation sexuelle.

Aussi, il est nécessaire d'indiquer que les jeunes ont à la fois **besoin d'une éducation sexuelle informelle et formelle**, les deux étant complémentaires. D'une part, les jeunes auront besoin d'amour, d'un environnement social quotidien pour développer leur identité sexuelle, mais d'autre part, ils devront acquérir des connaissances, des attitudes et des compétences spécifiques, requérant l'implication de professionnels (41). En cela, l'éducation nationale est en charge d'éduquer à la santé, dans une démarche globale de promotion de la santé, pour un environnement scolaire favorable (43). Concernant l'éducation en santé sexuelle, une information et une éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène (44). Il s'agit également de **soutenir et de promouvoir des actions de formation et de perfectionnement d'éducation qualifiée en matière d'information sexuelle, surtout à destination des jeunes** (45). Malgré les obligations légales, un quart des écoles déclarent encore ne pas mettre en place d'interventions d'éducation à la sexualité.



Les enjeux de l'éducation à la sexualité en France (Eduscol) (46)

De plus, face à l'augmentation importante des IST est déclarée chez les 15-24 ans, face à la présence des violences sexuelles, et face à une insuffisance vaccinale VHB et HPV, il est indispensable de promouvoir des approches permettant d'intégrer l'ensemble des déterminants de la santé sexuelle, aux niveaux individuel, communautaire, structurel et contextuel (19). **L'éducation pour la santé doit aller au-delà des méthodes d'éducation traditionnelles, en particulier lorsqu'elle concerne les jeunes.** Les champs d'interventions associés correspondent alors au développement des connaissances et du niveau d'information (sexualité, risque, etc.), des attitudes favorables vis-à-vis de la santé sexuelle (ouverture d'esprit, respect, estime de soi) et des aptitudes ou compétences personnelles (esprit critique, consentement, négociation, prise de décision) (20).

L'EPP contenue dans les programmes de santé peut donc être pensée comme un entre-deux, utilisant la base informelle d'échanges entre pairs, l'aspect formel de l'accompagnement et la modération des professionnels.

II. Approche théorique du concept d'éducation par les pairs

L'EPP est une **approche de la promotion de la santé**, pour laquelle les membres de la communauté sont encouragés à développer des changements favorables à la santé parmi leurs pairs, notamment sur leurs comportements. Il s'agit avant tout d'une **dynamique relationnelle** pouvant être associée au concept d'« éducation partagée », avec une vision globale de l'éducation se décentrant du système scolaire existant. Ce qui distingue la participation des jeunes à l'EPP est le fait que le jeune, pour cette dernière, **est positionné en tant qu'expert et acteur de changement** (47). Cette éducation pour la santé et par les pairs tend alors à développer chez le jeune autonomie, engagement et capacité à s'approprier un programme de promotion. L'EPP s'apparente alors à une approche éducationnelle reposant sur l'hypothèse que l'influence des pairs a parfois davantage d'impact par rapport à d'autres sources d'information et d'éducation, et ce particulièrement durant la période de l'adolescence (48). Elle est à entendre dans une complémentarité, car l'EPP ne peut être pensée seule, mais en combinaison aux d'autres actions existantes (scolarité, parents, actions standards). L'EPP mise sur l'interactivité des individus, sur la conscience qu'ils peuvent agir sur leur santé, leur bien-être, et ce au-delà de la simple prévention des risques (49).

a) L'éducation par les pairs, entre particularités et complémentarité

Les **caractéristiques de l'éducation sexuelle énoncées par l'OMS** sont claires. L'éducation en santé sexuelle se doit d'être **participative**, à savoir que les jeunes ne doivent pas être des simples récepteurs passifs, mais actifs dans l'organisation, le déroulement et l'évaluation de l'éducation sexuelle, ceci afin de garantir une éducation axée sur les besoins et les intérêts jeunes. L'éducation en santé sexuelle se doit d'être dispensée dans un langage adapté aux jeunes. Dans diverses situations, **l'EPP**, approche spéciale d'éducation participative, a montré son efficacité, notamment pour les groupes difficiles à atteindre. Cependant, il est important que les pairs soient eux-mêmes formés pour jouer un rôle dans l'éducation sexuelle. De plus, cette éducation doit être **interactive** entre les professionnels eux-mêmes (acteurs de terrains, éducateurs, etc.) et les jeunes comme partenaires de l'éducation sexuelle, pour tenir compte de leurs expériences et leurs souhaits, notamment dans les sujets à traiter (41).

Aux origines d'une démarche éducative singulière

Un des tout premiers exemples d'une approche de l'éducation par groupes de pairs date du 18^{ème} siècle et est décrit par le Docteur et pédagogue écossais Andrew Bell, fondateur de **l'enseignement mutuel** en Europe, avec aussi des écrits sur un système d'enseignement mutuel dans une école d'Inde. Puis, Joseph Lancaster, quaker et pédagogue anglais, identifia des approches pédagogiques par groupes de pairs dans des programmes scolaires, durant lesquels des jeunes désavantagés enseignaient la lecture, l'écriture et l'arithmétique à leurs pairs, sous surveillance pédagogique. Il s'agit ici des premiers

systèmes d'enseignement mutuel, représentant pour l'époque une méthode ayant un bon rapport qualité-prix et optimisant l'emploi de ressources limitées (21).

A la fin des années 1950, l'éducation par groupes de pairs se développe en Europe, au Canada, aux Etats-Unis et en Australie. Elle continue à être décrite comme approche efficace pour **diffuser à des jeunes vulnérables des messages quant à la santé, le bien-être ou encore les questions d'ordre social**. Aux Etats-Unis, au début des années 1960, des programmes furent développés pour aider et accompagner les minorités à acquérir des connaissances en matière de sciences et de mathématiques. D'autres programmes identifiaient également le rôle de l'adulte en tant que « formateur en retrait » dans le processus d'EPP (21).

La démarche d'EPP continue de se développer dans les pays anglo-saxons durant les années 1970 et en France depuis les années 1990. Au départ, ces initiatives ont principalement lieu dans les écoles, notamment au Québec ou en Belgique. Deux principales **thématiques majeures sont alors prises en considération : la prévention du tabagisme et des IST**. En France, la mise en application des programmes d'EPP s'est faite suite au constat de l'échec de certaines campagnes de prévention construites sur la transmission unique d'information. Avec **l'arrivée du concept de promotion de la santé**, il était nécessaire de rendre l'individu acteur de sa santé et de placer les populations dans une démarche participative dans l'acquisition et le développement des connaissances (50).

Aux origines de la démarche et en parallèle, nous retrouvons la question même d'un point de vue empirique de **l'autonomisation et des dynamiques sociales**. Déjà, K. Lewin (comme initiateur) pour définir le concept de "dynamique des groupes", affirme dès 1947 que le comportement de groupe est un ensemble complexe d'interactions et de forces symboliques affectant non seulement les structures de groupe, mais également le comportement individuel (51,52). La dynamique des groupes rassemble des processus et mécanismes psychiques et sociologiques desquels émergent des petits groupes sociaux aussi appelés "groupes restreints". Dans cette démarche, le comportement individuel est alors une fonction de l'environnement de groupe ou «champ», en référence à la théorie des champs énoncée par K. Lewin. Les changements de comportements associés aux dynamiques de groupes sont alors résultantes des différents schémas et circonstances collectives. Dans cette constitution d'un "ensemble", la question de l'autonomisation, par l'échange et le partage de savoirs informationnels ou expérientiels tient une place toute particulière.

En 1984, Damon W distingue deux formes différentes d'apprentissages par les pairs, à savoir le **«tutorat par les pairs»** pour la transmission d'informations et le forage de compétences spéciales et la **«collaboration entre pairs»** pour faciliter la découverte intellectuelle et l'acquisition de connaissances de base (53). Aussi, différents points ressortent alors déjà dans le potentiel éducatif par les pairs. Grâce à la rétroaction mutuelle et au débat, les pairs se motivent les uns les autres pour abandonner les idées

fausses et chercher de meilleures solutions. L'expérience de la communication entre pairs peut aider un enfant à maîtriser les processus sociaux, tels que la participation et l'argumentation, et les processus cognitifs, tels que la vérification et la critique. La collaboration entre pairs peut constituer un forum d'apprentissage par la découverte et peut encourager la réflexion créative. L'interaction par les pairs peut initier les enfants au processus de génération d'idées et de solutions avec des égaux, dans une atmosphère de respect mutuel. Cela peut à son tour favoriser une orientation vers la gentillesse et l'équité dans les relations interpersonnelles. Quelque soit son potentiel éducatif, l'interaction entre pairs ne répond pas le mieux à tous les objectifs de développement. Par exemple, enseigner aux enfants les réalités du statu quo et le respect de l'ordre social se fait le plus naturellement dans le contexte de la relation adulte-enfant (53).

Les **premières définitions** du concept émergent alors, à la fois sur le concept éducatif que sur la définition même du groupe de pairs. Ainsi, *"L'éducation par groupes de pairs est une méthode de transfert d'informations ou de modelage de rôle, par laquelle un type d'information ou de comportement particulier est transféré. Les animateurs pairs s'accordent parfaitement à leur groupe cible par le biais d'une caractéristique partagée ; que ce soit l'âge, la sexualité, le sexe, etc."* (Abercrombie, 1988) (54). La définition des groupes de pairs, aujourd'hui retenue par la commission européenne, est celle qui *« fait plus généralement référence aux groupes d'âge, et plus spécifiquement aux groupes d'adolescents dont les membres sont étroitement liés par une culture de jeunesse. Les groupes de pairs d'adolescents tendent à se caractériser par : 1) Un fort degré de solidarité sociale ; 2) une organisation hiérarchique ; 3) un code qui rejette - ou contraste avec - les valeurs et les expériences des adultes. D'un point de vue adulte, les groupes de pairs sont souvent déviants, car la délinquance trouve son soutien dans les récompenses qu'apporte l'appartenance au groupe." (Le pair est un membre d'un groupe de pairs.) »* (54,55).

Plus récemment et de manière concrète, **l'éducation par groupes de pairs a été largement utilisée pour aborder différents problèmes de santé, notamment autour du sida, de l'éducation sexuelle, de la drogue et du tabagisme.** En Afrique ou en Asie, le manque de ressources et le besoin d'approches pédagogiques nouvelles pour endiguer l'épidémie de sida ont conduit au développement de nombreuses actions construites sur la dynamique et l'efficacité des jeunes. En Europe, aux Etats-Unis et en Australie, le développement de l'éducation par groupes de pairs dans le contexte de la santé a fait l'objet d'une importante documentation, celle-ci permettant notamment d'atteindre les jeunes n'étant pas en contact avec les autorités de santé ou éducatives (21).

Définition d'un concept aux dimensions multiples

Le principe d'EPP sollicite les individus dans un **mouvement collectif et interactif**, où les connaissances, les compétences et par découlement les comportements de santé sont encouragés par

les populations cibles elles-mêmes. Les jeunes, dans leur environnement social, font appel à leur pairs régulièrement, de manière formelle ou informelle, pour répondre à leurs questionnements ou préoccupations, que ce soit dans le partage de connaissances ou de savoirs expérientiels. Cependant, être acteur dans son éducation ne doit pas prévaloir le fait d'être jeune avant toute chose, et l'EPP s'intègre dans des processus interactifs et éducatifs déjà existants implicitement. Les groupes ou binômes amicaux, dans leurs discussions quotidiennes, échangent autour d'informations (plus ou moins fiables et justes). Ainsi, la question du "groupe" demeure centrale, dans les rôles évolutifs et les actes de chacun.

Une **définition de l'EPP est donnée par la commission européenne** : *« Cette approche éducationnelle fait appel à des pairs (personnes de même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. L'éducation par des pairs est une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation à la santé traditionnelles. Cette approche repose sur le fait que lors de certaines étapes de la vie, **notamment chez les adolescents**, l'impact est plus grand que d'autres influences. »*(36,54). Il s'agit de donner la possibilité aux jeunes de créer et d'agir dans le développement de programmes éducatifs, en abordant les problèmes qui les touchent directement. L'approche d'EPP s'inscrit alors dans une démarche de symétrie, de réciprocité et d'égalité (36). Les jeunes peuvent alors s'aider à comprendre et résoudre des problèmes auxquels ils doivent faire face (certains parlerons alors de « counseling »).

Le terme d'EPP fut établi pour décrire **« l'éducation des jeunes par les jeunes »**, avec une diversité d'approches et d'enjeux. Aussi, l'appartenance à une même classe d'âge ne peut être suffisante pour définir d'être le pair d'un individu, de par les inégalités d'expériences et de parcours de vie et où la construction identitaire passe par **l'existence de groupes d'appartenance marqués par des affinités, des styles de vie, parfois distincts les uns des autres** (36).

La justification des initiatives d'EPP n'est pas toujours claire, mais nombreux auteurs s'entendent sur les avantages certains de cette stratégie de promotion (56). En effet, l'EPP serait une méthode pédagogique plus rentable que les autres, et les pairs pourraient être des sources d'information crédibles, notamment grâce à **une responsabilisation des personnes** impliquées dans ce processus. Il s'agit d'un moyen favorisant le **partage d'informations et de conseils**, dans une démarche positive, notamment face à l'action des professionnels, avec un rôle certain des pairs auxquels le jeune pourrait davantage s'identifier. Aussi, l'EPP est bénéfique pour ceux qui la fournissent. Elle peut être acceptable et utilisée pour éduquer ceux qui sont plus difficiles à atteindre par des méthodes conventionnelles(57). Enfin, les pairs peuvent renforcer l'apprentissage par un contact continu.

L'EPP a été encouragée par les programmes d'éducation sanitaire des services de santé des collèges pendant de nombreuses années. Ce point de vue remet en question certaines hypothèses qui sous-tendent le recours à des pairs éducateurs en santé et met en évidence certains des problèmes de la formation des pairs en tant que « para professionnels » (58).

Les différentes théories comportementales impliquées dans le concept d'EPP (47,59)

L'EPP est considérée comme une stratégie efficace de changement de comportement largement acceptée, celle-ci reposant sur plusieurs théories comportementales bien connues.

- La théorie de **l'apprentissage social** affirme que les individus peuvent fonctionner comme des modèles de comportement en raison de leur aptitude à encourager les changements de comportement chez d'autres individus.
- Aussi, la théorie de **l'action raisonnée** place les perceptions des personnes quant aux normes sociales ou croyances au cœur des intentions de changer de comportement, et ce face à ce que les personnes significatives pour l'individu penseront d'un comportement particulier. Les attitudes à l'égard de la modification d'un comportement seront fortement influencées par ce que pensent les autres pairs (notamment les pairs éducateurs) sur les perceptions des conséquences positives ou négatives d'un comportement de santé.
- La diffusion de la théorie de **l'innovation** considère une innovation comme une nouvelle information, une attitude, une croyance ou une pratique qui est perçue comme nouvelle par un individu et qui peut être diffusée à un groupe particulier. Cette théorie emploie des «leaders d'opinion» pour propager l'information, influencer les normes de groupe et finalement agir en tant qu'agents de changement au sein de la population à laquelle ils appartiennent.
- La **théorie de l'éducation participative** tient une place importante concernant l'EPP, puisque *« les modèles d'éducation privilégiant la participation ou l'habilitation partent du principe que l'absence de pouvoir au niveau de la communauté ou du groupe, et les situations socio-économiques qui en découlent, constituent des facteurs de risque majeurs de santé médiocre »*.
- La théorie de **l'inoculation sociale** postule que les gens peuvent adopter des comportements malsains sous des pressions sociales.

D'autres théories disponibles (la théorie des rôles, le modèle de croyance en santé ou encore le modèle transthéorique) impliquent le **partenariat, l'appropriation, l'autonomisation et le renforcement comme principes essentiels de l'EPP**.

L'éducation, notamment celle relative à la santé sexuelle, vise le développement d'attitudes positives par rapport à la santé des individus et **l'adoption de comportements favorables et**

responsables. Agir sur les comportements interpelle alors des **concepts théoriques bien décrits que sont les théories de changements de comportements** (60). L'intérêt de ces théories est de savoir quels sont les facteurs permettant d'agir sur ce changement, pour passer des comportements indésirables aux comportements sains. De manière générale, le changement se définit par le passage d'un état à un autre, avec une transformation effective. Il s'agit alors de modifier une action et une façon de se comporter, induisant le changement de comportement des individus.

Parmi les théories de changement de comportement, la **théorie du comportement planifié, par exemple**, stipule que l'attitude envers le comportement, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu forment ensemble les intentions et les comportements comportementaux d'un individu (60) (64). Ainsi, bien que l'EPP basée sur le modèle des croyances de santé puisse être une stratégie efficace pour promouvoir les comportements préventifs chez les jeunes (62), il a été démontré que l'utilisation de la théorie du comportement planifié pour concevoir des interventions de santé publique changeait davantage les comportements en santé sexuelle (63). Les comportements sexuels à risque sont parallèlement corrélés avec un certain nombre d'autres comportements, y compris la consommation de substances et d'autres indices de l'activité sexuelle en général (34). La **théorie du comportement problématique** suggère alors que le comportement à risque sexuel coexisterait avec d'autres comportements problématiques, comme la consommation de substances, pendant l'adolescence (64).

Par ailleurs, la recherche basée sur la théorie des changements de comportement est courante dans le domaine de la prévention des IST et du VIH, et de nombreuses interventions de prévention ont été basées sur le **modèle d'information-motivation-comportemental (IMB)** (65–67). Les interventions de réduction des risques avaient le plus d'impact lorsqu'elles reposaient sur un cadre conceptuel; spécifique à la population; et axé sur l'information, la motivation et les compétences comportementales. Maintenant utilisé fréquemment, le modèle de l'IMB postule que les individus doivent être informés, motivés et dotés de compétences comportementales pour initier et maintenir un comportement de prévention, notamment pour le VIH (67).

b) Place des jeunes comme acteurs de leur éducation

Le modèle d'EPP place **l'individu au cœur même de son éducation**, puisqu'il est lui-même acteur dans l'apprentissage, passant du passif au participatif et à l'interactif. Pour autant, l'implication du jeune dans une activité éducative soulève des processus comportementaux et sociaux divers en réponse à la nature de cette action.

L'EPP se distingue du fait que les jeunes se voient conférer un **rôle d'expert**, avec un changement (notamment dans les comportements) provenant et étant impulsé par les pairs eux-mêmes. Les pairs sont considérés comme informés et éduqués sur les questions touchant aux différentes dimensions de la vie, telles que la sexualité, les maladies sexuellement transmissibles, les représentations sociales et les comportements sexuels protecteurs (47).

Lorsque l'on parle d'EPP, on sous-entend premièrement la question de la **participation des jeunes** dans l'action, avec des rôles différents selon les objectifs. En cela, l'échelle de Hart (68) reprend les différents degrés de participation ou de non-participation des jeunes pour les actions éducatives, celle-ci pouvant s'appliquer au concept d'EPP (47), ou du moins permettant de comprendre comment l'implication peut démarrer.

Un jeune peut être **non-actif** face à une situation éducative, et ce sur plusieurs niveaux. Premièrement, il peut ne pas comprendre les tenants et les aboutissants de l'action entreprise (manipulation). Aussi, les adultes en charge de l'éducation peuvent ne pas être inspirés par les jeunes inclus dans l'action (décoration). Aussi, les jeunes peuvent s'exprimer, mais n'ont qu'une faible marge de manœuvre dans la communication et son sujet, altérant alors la construction d'une opinion propre (en référence au jeu des marionnettes) (68).

Pour autant, concernant l'aspect participatif largement intégré dans ce concept d'EPP, les jeunes peuvent prendre part à l'action de différentes manières. Premièrement, ils peuvent être **assignés à une tâche tout en étant informé** de l'objectif du projet, avec la pleine conscience que leur action aura un rôle précis. Leur implication est volontaire et ils ont connaissance des personnes investiguant l'action. Aussi, ils peuvent être **consultés et informés**, c'est-à-dire qu'ils savent qui gère le projet et que leurs opinions seront prises en considération pour la conduite de l'action. Un autre niveau est celui des **décisions prises à l'initiative des adultes, mais partagées**, c'est à dire que la prise de décision quant à l'action se fait avec les jeunes. D'un point de vue de la recherche en santé publique, cela est à mettre en parallèle avec la démarche de recherche participative basée sur la communauté ("*Community-based Participatory Research*"), où les populations cibles sont impliquées aux différentes étapes du projet de la conception à l'évaluation, ce modèle pouvant également être appliqué aux adolescents et jeunes adultes (69,70). A un autre niveau, les **décisions prises à l'initiative des jeunes sont appliquées par eux-mêmes**. C'est le cas où les jeunes peuvent travailler ensemble sur un sujet commun et peuvent s'insérer dans des groupes plus larges. Enfin, les décisions prises à l'initiative des jeunes peuvent être **partagées avec les adultes** (47,68).

Cependant, l'EPP est à positionner au-delà, conférant aux jeunes des rôles d'experts de leurs situations. Différents **rôles** peuvent être distingués dans l'approche de l'EPP, ces derniers pouvant être diffuseurs, relayeurs ou récepteurs des informations diverses. Dans un mouvement d'information, la

première question qu'il se pose est **avant toute chose le regard qu'un jeune porte sur une information**. L'échange entre les pairs, s'il est effectué dans la simple répétition d'une information transmise par une entité autre (infirmière scolaire, enseignant, parent), pourrait avoir l'effet inverse de ce qui est réellement souhaité, puisque le « pair diffuseur » ne serait que l'écho à une parole non-pair et par conséquent moins bien accueillie. De plus, il se pose également la question de savoir si l'on peut considérer deux jeunes comme pairs dès lors qu'ils n'ont qu'un âge en commun (36).

Par ailleurs, concernant cette approche, les pairs pourront être pairs « **multiplicateurs** », à savoir qu'ils auront comme rôle de diffuser dans leur milieu de vie des informations et des recommandations sur un thème donné. Aussi, ils peuvent être des pairs « **entraidants** », puisqu'il s'agira d'écouter et de jouer un rôle de repérage, de relais avec les autres jeunes, entre autre pour permettre la mettre en lien avec des personnes ou des structures spécialisées dans la problématique du jeune (36). Généralement supervisés par des professionnels ou des adultes, ces pairs ont pour rôle d'assister les autres pairs à surmonter des problématiques diverses. En général, ils sont formés à l'écoute, au repérage, au conseil et à l'orientation (pair éducateur) (48). On distingue ainsi les « **pairs leaders positifs** », à savoir ceux qui ont pour rôle de transmettre des messages de prévention positifs auprès d'autres jeunes.

Dans ces mouvements, **l'influence sociale** positionne le rôle du pair comme mécanisme d'influence, où les jeunes peuvent agir sur les proches, notamment dans une démarche de promotion et de prévention. Ce modèle s'appuie sur les perspectives de la pédagogie sociale, puisqu'il soutient que le pair, par la proximité de sa relation avec son semblable, pourrait jouer un **rôle de modèle** ou être perçu comme tel par celui visé par l'action (71).

Aussi, la **ressource sociale** (capital social) place le rôle du pair dans une relation d'entraide et d'échange pour le bien-être des autres. Le pair peut également être un **relais social**, celui-ci étant d'un monde social opposé ou différent et permettant de faire le pont entre les différents rôles (médiateurs ou « passeurs ») (36). Les pairs sont ainsi institués comme un groupe, lequel en se créant et en se maintenant devient une ressource pour l'ensemble de ses membres (71).

Ainsi, c'est dans ces mouvements sociaux qu'ont pu être pensés les pairs comme « **éducateurs** », considérés alors comme acteurs à part entière. Ces derniers prennent généralement place au sein des interventions de santé (72). D'un point de vue théorique, ils peuvent avoir plusieurs rôles liés aux rôles précédemment cités. Premièrement, ils peuvent **fournir des conseils ou de l'information** en tête-à-tête, formellement ou informellement. Ces informations ou ces conseils peuvent être transmis dans un cadre de groupe, ou dans une dualité. Les pairs éducateurs pourront alors **faciliter les programmes de sensibilisation** pour les publics cibles ou dans la population générale. Il s'agira d'atteindre le public grâce à une variété de stratégies interactives telles que des présentations en petits groupes, des jeux de rôle ou d'autres jeux à concevoir. Il peut s'agir par exemple de mettre en situation et en relation les

jeunes pairs éducateurs et leurs pairs pour développer des compétences de résolution de problèmes de modèle, notamment face à des scénarios reconnaissables comme des risques de santé de la vie réelle (72).

c) Les spécificités d'une application à la sante sexuelle

L'EPP donne aux jeunes **l'occasion d'apprendre sur la santé sexuelle et de poser des questions face aux diverses interrogations**. De manière générale, les jeunes sont souvent plus à l'aise de parler de sujets sensibles comme le sexe avec leurs pairs. Bien que les parents, les enseignants ou encore les infirmières scolaires peuvent être des référents, le jeune pourra préférer échanger avec des personnes qui lui ressemblent ou qui auront une expérience commune, notamment sur des questions de l'ordre de l'intime. Il s'agira en tout cas de permettre au jeune de choisir avec quelle personne significative il pourra échanger et s'informer sur des questions relatives à la santé sexuelle. L'approche par les pairs est donc à entendre dans une complémentarité.

Les prémices de l'EPP en santé sexuelle

Les sujets de discussion relatifs à la sexualité sont arrivés tardivement en France. C'est à partir des années 1980 que la libération de la parole s'amorce, notamment par l'arrivée des médias interactifs tels que les radios libre. Suite à la découverte du VIH et aux préoccupations associées, la question du **"comment vivre sa sexualité"** tient une place centrale (73). Les jeunes, largement touchés par l'épidémie du sida, doivent faire face à une détresse psychique et une souffrance physique traumatisantes. C'est à ce moment que les enjeux de la prévention eurent toute leur place dans le débat public, notamment sur les **modalités d'information de la population pour prévenir des comportements sexuels à risque**. Se pose alors la question même de l'efficacité des actions. Comment amener les individus à adopter des comportements préventifs, de manière systématique ?

Bien qu'au départ, la question soit principalement axée sur les IST et le sida, les parties prenantes ont dû penser **un discours adapté aux réalités d'une vie sexuelle** ne se définissant pas comme linéaire (en fonction des âges, des parcours et des influences socioculturelles). Les messages de prévention **devaient correspondre au vécus, expériences et pratiques des individus**, en parlant d'une sexualité de manière décomplexée pour mieux la protéger (73). C'est à ce moment que la **place des jeunes dans la lutte contre le sida** eut toute son importance, ces derniers étant bien souvent concernés ou en contact avec des proches ayant contracté la maladie. Le projet de Solidarités Sida, avec "des jeunes contre le sida", a par exemple permis de penser autrement le circuit de prévention, avec des actions *"par et pour"* les jeunes, définissant eux-mêmes les interventions. Les messages de préventions, portés par une génération de même tranche d'âge que la population cible facilitent leur acceptation (73). Les bénévoles recrutés interviennent alors dans les **lieux de vie** des jeunes (universités, festivals, soirées étudiantes et autres lieux de loisirs) et la prévention par les pairs apparaît alors comme un mouvement

interactif nouveau et adaptée à la population cible. En parallèle, des lieux de **discussions** pour et entre jeunes voient alors le jour, permettant de mettre en place une approche par les pairs.

Les **structures associatives** telles que le CRIPS Île-de-France élargissent alors leurs actions avec des nouvelles interventions (CyberCRIPS, festivals), avec des intervenants salariés. Il a été noté que les acteurs et les jeunes devaient rester proches en âge, et **les notions d'« empowerment » ou des techniques d'entretien par le « counseling »** (orienter, aider, informer soutenir, traiter) apparaissent, avec une façon de s'adresser aux jeunes qui les positionne comme experts de leurs problématiques (73). C'est dans ce contexte que les actions par les pairs se sont développées en France et dans le monde, notamment face à l'apparition du SIDA. Elles s'étendent désormais à d'autres pathologies et à la définition même de la santé sexuelle, à savoir le bien-être en lien avec la sexualité.

Une application d'un concept au-delà d'une incidence

Les objectifs de l'EPP en santé sexuelle sont de : **réduire les comportements sexuels à risque** et la transmission du VIH parmi les pairs, **encourager la connaissance** du statut VIH, encourager une vie positive, et **soutenir la réduction de la stigmatisation** (74). L'action par les pairs ne se réduit pas à une simple prévention, mais aussi à une **promotion globale du bien-être lié à la sexualité**. L'approche par les pairs se doit d'aborder les questions relatives aux représentations et au respect mutuel, ceci dans le cadre d'actions sollicitant les groupes sociaux.

On considère que l'EPP présente certains **avantages par rapport aux autres méthodes de promotion de la santé sexuelle et reproductive**. Parmi eux, il y a la **crédibilité perçue des pairs éducateurs pour le groupe cible**. Le fait de partager les antécédents, les intérêts et l'utilisation du langage faciliterait le transfert de l'information. Un autre avantage est que les jeunes ont tendance à parler avec leurs pairs de la plupart des sujets, y compris des **sujets sensibles** tels que la santé reproductive et le VIH (75). Ceci est dû au fait que les éducateurs de jeunes pairs ne sont pas considérés comme une autorité leur disant comment se comporter, mais comme un autre membre de leur propre groupe. Un avantage connexe de cette méthode est qu'elle favorise parmi les pairs éducateurs des compétences de vie positives telles que le leadership et les compétences de communication, permettant la participation des jeunes dans les activités qui les touchent.

Les avantages de l'EPP en santé sexuelle seraient une conscience accrue du VIH et du SIDA parmi les pairs sur les lieux de travail, les employés discutant plus librement du VIH / SIDA, des comportements sexuels à risque et du **changement d'attitude et de comportement avec des « pairs éducateurs » et de leurs pairs**. En ce sens, les éducateurs pairs peuvent bénéficier d'une meilleure connaissance de la santé sexuelle et peuvent eux-mêmes acquérir des compétences professionnelles, avec pour certains une diminution de leurs propres comportement à risque (76).

De nombreuses études ont démontré que **les pairs influent sur les comportements de santé des jeunes**, non seulement en matière de sexualité, mais aussi en matière de violence et de toxicomanie. L'EPP s'appuie sur la crédibilité des jeunes avec leurs pairs, la souplesse pour répondre aux divers besoins des jeunes d'aujourd'hui. Elle peut aider les jeunes à développer des normes de groupe positives et à prendre des décisions saines en matière de sexualité (77).

De nombreux acteurs de la santé ont préféré la mise en place d'interventions par les pairs pour des questions de santé sexuelle, notamment parce qu'il s'agissait d'une stratégie largement utilisée, notamment pour des populations difficiles à atteindre, et où les théories comportementales utilisées pouvaient entraîner des changements de comportement (78). Le caractère participatif s'intégrant dans les recommandations actuelles éducatives en matière de santé sexuelle (41) place alors **les actions d'EPP au cœur de la promotion de la santé sexuelle des jeunes, notamment dans un cadre de stratégie nationale de santé sexuelle** (19).

III. Intégration d'un concept aux actions de promotion de la santé sexuelle par les pairs

L'EPP et pour la santé se conçoit comme une **approche complémentaire aux actions de prévention dites « traditionnelles »**. Elle intègre une démarche participative, impliquant également une **co-construction** de l'action entre les jeunes et les professionnels (équipes éducatives ou de recherche) (48). Aussi, l'attrait de l'éducation sexuelle par les pairs pour la promotion de la santé a toujours existé sur une base informelle. Durant la vie courante, les jeunes partagent entre eux des informations tirées de diverses sources, y compris de leurs expériences personnelles (72). Mais qu'en est-il de l'action formelle des politiques publiques (méthodes, conception, cadre, évaluation) ? Mettre en place un projet de promotion de la santé par les pairs doit pouvoir interroger le positionnement des pairs et des professionnels dans l'action, et définir un cadre précis de supervision, avec tout un cadre à penser en amont du déploiement de l'action (48). Les actions de promotion de la santé par les pairs peuvent alors prendre **plusieurs formes** et se déployer sur **différents terrains**, qu'ils soient scolaires, numériques, institutionnels ou culturels.

a) Démarche de promotion de la santé sexuelle des jeunes

La **promotion de la santé**, définie par la charte d'Ottawa, a pour objectif d'apporter aux individus *"davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter"* (11). Les actions de promotion de la santé des individus peuvent aussi être vues comme *"toute combinaison d'actions de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel, appuyant les habitudes de vie et des conditions de vie, favorable à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités"*(79).

Pour ce faire, les actions de promotion de la santé interviennent comme des déterminants majeurs de l'état de santé des individus, et en particulier pour les interventions de santé à destination des jeunes. Un des buts de cette promotion est avant tout l'équité, à savoir qu'il s'agit de réduire les écarts existants entre les individus sur leurs états de santé. La **création d'environnements favorables** demeure alors comme un élément clé pour la réussite de ces actions. Aussi, le renforcement communautaire induit la participation effective et concrète de la communauté (fixation des priorités, stratégies de planification pour une meilleure santé, etc.) (11).

Promouvoir la santé sexuelle, et ce pour l'ensemble des jeunes, revient à **appliquer différentes stratégies favorisant des comportements sains en matière de sexualité**. La promotion de comportements sexuels sains peut consister en interventions complexes abordant les enjeux liés à la **prise en charge de soi, à l'aptitude à la négociation, à l'estime de soi et aux connaissances en matière de santé sexuelle** (80). Les jeunes présentent un risque disproportionné de disparités en

matière de santé sexuelle et peuvent avoir besoin d'interventions ciblées et d'accès aux services de santé. De plus, les **déterminants structureaux, les facteurs socioculturels et les normes culturelles ont un impact important sur la santé sexuelle des jeunes** et doivent être résolus pour corriger véritablement les disparités en matière de santé sexuelle, alimentées par l'iniquité sociale (42).

Promotion de la santé « par les jeunes et pour les jeunes »

Les programmes de promotion de la santé par les pairs, notamment en santé sexuelle, sont conçus pour **encourager les attitudes positives, les connaissances, les comportements et les résultats de santé considérés comme souhaitables par la communauté**(81). La programmation par les pairs va alors inclure et valoriser les expériences et les attitudes des non professionnels, mais aussi ceux de la population cible. Il s'agit de composantes expérientielles et interactives tout aussi importantes que les aptitudes des professionnels admis dans les programmes de promotion de la santé (82). Par ailleurs, la plupart des **programmes d'EPP chez les jeunes mettent en place des actions participatives (le jeune participe à une activité particulière) et interactives (les jeunes échanges autour des sujets d'intérêt)** (82).

Les actions d'EPP dans le cadre des actions de promotion de la santé s'appuient ainsi sur les aspects suivants (83):

- Les pairs sont des **fournisseurs traditionnels d'informations** à leurs pairs ;
- Les jeunes ont déjà tendance à parler avec leurs pairs de nombreux sujets, y compris des **sujets sensibles** tels que la santé sexuelle ;
- Les programmes d'EPP sont **communautaires** et ont tendance à être assez souples, enracinés dans les réalités des communautés individuelles, pouvant être utilisés dans divers contextes et en combinaison avec d'autres activités et programmes ;
- Les programmes d'EPP peuvent être très **bénéfiques pour les pairs éducateurs eux-mêmes** ;
- Les programmes d'EPP permettent la participation directe des jeunes à des programmes conçus pour les affecter, favorisant des **compétences de vie positives** (leadership, communication, aptitudes professionnelles) ;
- Les programmes d'EPP peuvent être **économiques** s'ils sont correctement planifiés.

b) Rôles des acteurs et approches de construction des programmes

Lorsque l'on aborde le concept d'EPP, la théorie nous éclaire sur tous les potentiels de cette démarche éducative. Pour autant, il n'est pas toujours simple de se représenter ce qu'est réellement une action de promotion de la santé sollicitant des pairs, notamment sur des questions relatives à la santé sexuelle et chez une population jeune. Simples échanges, génération de discussions, transmission d'information par des pairs éducateur, il existe plusieurs modes d'application de l'EPP. Quels sont **concrètement** les

caractéristiques des diverses interventions d'EPP et quelles en sont les spécificités, que ce soit dans la démarche même de promotion de la santé ou concernant la thématique de santé sexuelle ?

Place de l'EPP dans le champ de la promotion de la santé sexuelle

L'EPP présente un certain nombre d'avantages en tant que pratique pour l'éducation en matière de santé sexuelle des jeunes (76). **Les jeunes peuvent intervenir comme des acteurs à part entière de l'éducation**, ces derniers pouvant communiquer entre eux, transmettre des informations ou encore participer activement à la construction des contenus éducatifs, qu'ils soient implantés dans les systèmes scolaires existant ou au sein des politiques associatives favorisant des actions pédagogiques. Un programme d'EPP est généralement initié par des professionnels de la santé ou de la communauté, qui recrutent des membres de la communauté cible pour servir d'éducateurs pour les pairs. Les pairs éducateurs recrutés sont formés aux compétences pertinentes en matière d'information et de communication sur la santé.

Les différentes décisions politiques s'accordent pour conférer davantage de contrôle de leur promotion de la santé aux communautés locales, aux citoyens, notamment les jeunes. Les adultes coordinateurs devront **abandonner le contrôle habituel** établi lors des interventions standards d'éducation, pour laisser davantage de libertés d'action aux jeunes, sans pour autant devenir des simples faire-valoir des instances politiques (47). Dans une démarche d'EPP, les **jeunes se verront conférés des nouveaux rôles** (pair éducateur, pair acteur de son changement), et se devront d'être épaulés par des adultes compétents pour accompagner au mieux l'empowerment collectif (47).

En santé sexuelle et pour les jeunes, différents thématiques furent identifiées comme indispensables à aborder dans le cadre de l'EPP (76): **IST (connaissances, prévention, dépistage), estime de soi, relations saines, utilisation du préservatif, attitude positive à propos du sexe, respect, orientation sexuelle, prise de décisions éclairées, plaisir sexuel, connaissances, soutien social, spiritualité, anatomie, négociation dans les relations, santé mentale, options de grosses, services.**

Rôles des parties prenantes : des experts à tous niveaux (chercheurs, éducateurs et jeunes)

L'éducation pour la santé et par les pairs soulève de nombreux débats puisqu'elle met en **interaction les politiques publiques** (les valeurs, le champ dans lequel s'inscrit l'EPP), **les professionnels** (leurs postures, leur regard sur les jeunes, leur capacité à développer des démarches participatives) **et les jeunes** (84).

- **Place des politiques publiques et professionnels**

L'EPP doit se faire dans une démarche globale de promotion et elle engage pleinement la responsabilité des adultes pour faire évoluer l'environnement social des jeunes au sein de chaque

structure, et ce, afin d'améliorer leur « bien-être »(84). La place des politiques publiques et des professionnels auront une importance particulière. Les premiers pourront établir des **stratégies d'orientation des interventions** en fonction des besoins notables et les seconds pourront agir dans le **développement des actions de promotion de la santé**. Ces professionnels mettant en place des actions de promotion par les pairs doivent avant tout être formés à l'action. Ils sont support auprès des populations sur les **différentes composantes de la santé sexuelle** à aborder (normes, représentations, savoirs scientifiques). Les acteurs de terrains pourront alors animer, orienter et modérer les échanges, afin de s'assurer de la bonne tournure de l'action. Par ailleurs, les chercheurs interviennent au niveau des **méthodologies d'actions** (nature de l'expérimentation, conditions de mise en œuvre, évaluation), notamment en vue de tester leur efficacité (ces actions pouvant alors être définies comme interventions complexes de santé publique).

- **Des pairs avec des rôles interchangeables face aux préoccupations**

L'EPP et les interventions dirigées par les pairs ciblent généralement les groupes de pairs et les communautés plutôt que les individus comme unité de changement, les **agents de changement venant du groupe ou de la communauté** et non de l'extérieur. L'approche repose sur l'hypothèse que, surtout chez les adolescents, les **pairs apprennent les uns des autres**. Ils ont des influences importantes les uns sur les autres, les normes et les comportements, ces derniers étant susceptibles de changer lorsqu'ils les jeunes se sentent pris en considération. Les membres du groupe de confiance prennent alors la tête du changement (24).

Il est bien trop aisé que de définir un profil type de « pair jeune », notamment en considérant la diversité des parcours en matière de santé sexuelle. Les préoccupations, les besoins et les attentes des jeunes ne seront pas les mêmes, avec des degrés d'importance plus ou moins élevé. Il semble alors indispensable de prendre en compte la diversité des points de vue et des profils, notamment pour la transformer en moteur de développement d'action de promotion de la santé. La diversité ne se trouve alors pas dans un consensus unique, mais dans la prise en compte de tous les points de vue, en fonction des besoins réels, tout en restant adaptée à la démarche de santé sexuelle affirmée depuis longtemps dans une approche globale et positive en lien avec la sexualité.

- **Un pair éducateur moteur de l'interaction**

Un pair éducateur est une **personne qui a été formée et qui fait des efforts délibérés pour motiver ses pairs à acquérir des connaissances, des compétences et à changer leurs attitudes, leurs croyances et leurs comportements en vue du changement souhaité**. Il a accepté et adopté le changement souhaité et est donc un modèle pour ses pairs.

L'éducateur par les pairs doit avoir la volonté de faire du bénévolat, être un bon modèle, un bon communicant, avoir de bonnes compétences interpersonnelles, y compris des compétences d'écoute envers l'autre. Il doit être sûr de soi, accepté et respecté par ses pairs. Il devrait avoir une attitude sans jugement. Il doit être disponible et engagé à l'EPP, accessible aux pairs, passionné et enthousiaste. En ce qui concerne la santé sexuelle, il doit être fortement motivé pour travailler à la réduction du risque de VIH (74). L'EPP élimine les barrières entre savoir et pouvoir. Les **pairs éducateurs mènent donc des activités structurées et variées** telles que des sessions de formation et des activités moins structurées, telles que des références individuelles et des réponses à des questions anonymes.

Les rôles d'un pair éducateur consistent à **recruter des pairs** pour assister à des réunions, **organiser et tenir des réunions hebdomadaires** avec des pairs sur des sujets liés aux IST, au VIH et au SIDA. Ils tiennent **des sessions individuelles avec des pairs** pour discuter des difficultés rencontrées. Des services appropriés pour le traitement des IST, des conseils et par exemple des tests de dépistages volontaires. Il pourrait distribuer des préservatifs, remplir des formulaires pour la tenue de dossiers, donner des commentaires à la direction par l'intermédiaire du coordonnateur du VIH et du sida, organiser et mener des activités de sensibilisation auprès de la famille et de la communauté (74).

Les éducateurs pairs partagent souvent les défis, les intérêts et les expériences des jeunes qu'ils tentent d'atteindre et peuvent communiquer dans un style adapté. Beaucoup de jeunes sont plus susceptibles de poser des questions sur la santé sexuelle à des pairs qu'ils perçoivent comme ayant une meilleure compréhension de leur situation que des figures d'autorité comme les enseignants ou les fournisseurs de services (76).

- **L'implication des jeunes dans la conception, l'animation et l'évaluation des programmes**

Les jeunes, qu'ils soient pairs éducateurs ou non, représentent des ressources **utiles pour le développement et la mise en œuvre de l'action, mais aussi pour concevoir l'évaluation de l'intervention, notamment sur des questions relatives à la santé sexuelle**. Les contenus des interventions, mais aussi les outils de mesure pour l'évaluation, peuvent être soumis aux jeunes qui pourront faire un retour sur la compréhension de l'action, en s'assurant que l'intervention et son évaluation reflètent correctement les besoins, les significations et le langage ordinaire (47). En cela, le modèle **de recherche participative incluant les jeunes** peut représenter un moyen efficace et innovant dans la conception et le développement d'actions que l'on souhaite évaluer (par la recherche). Aussi, les jeunes peuvent être pleinement impliqués dans le processus de recrutement par les pairs (bouche à oreille), afin de rassembler le nombre de participants nécessaires aux interventions.

La **recherche participative communautaire** ("Community-Based Participatory Research") en santé publique met l'accent sur les inégalités sociales, structurelles et physiques à travers l'implication active des membres de la communauté, des représentants de l'organisation et des chercheurs dans tous les

aspects du processus de recherche. Les partenaires apportent leur expertise pour améliorer la compréhension d'un phénomène donné et intégrer les connaissances acquises avec l'action au profit de la communauté concernée (85). Sans la voix des jeunes, la recherche peut manquer d'un apport contextuel nécessaire pour représenter l'expérience des jeunes. En s'associant aux jeunes pour **identifier le domaine de contenu, les questions de recherche, les méthodes de collecte de données et les efforts de diffusion appropriés**, les chercheurs augmentent considérablement les chances que les résultats de la recherche reflètent les réalités des jeunes (69).

Les sous-approches dans la conception des projets d'EPP

Aussi, la conception de l'action par les pairs soulève différentes approches. Le modèle d'un projet doit alors pouvoir définir les rôles respectifs du coordonateur, des partenaires, des éducateurs de pairs, des éventuels intermédiaires et de la communauté impliquée. Plusieurs approches sont à prendre en compte dans le modèle de projets développés pour l'EPP, notamment en santé sexuelle.

Premièrement, **l'approche pédagogique et éducationnelle** doit permettre aux acteurs du projet de pouvoir présenter l'information **dans un cadre formel**. L'activité est ainsi sous la direction d'un adulte, les activités pouvant mettre en place des scénarios écrits par les adultes, avec parfois l'aide d'éducateurs de pairs eux-mêmes. L'approche s'appuie sur le transfert d'une information appropriée, le développement de l'auto-efficacité et des capacités ou stratégies de négociation. Cette approche est bien souvent prévue en complément de l'éducation sexuelle standard.

L'approche de proximité positionne les pairs éducateurs comme partageant des caractéristiques communes (orientation, âge, problématiques ou autre), mais n'appartenant pas totalement au groupe social en question. De par le fait que les éducateurs de pairs partagent des caractéristiques ou habitudes de vie communes au groupe-cible, les pairs de ce dernier peuvent alors s'identifier à eux plus facilement, avec un avantage par rapport à un intervenant adulte. Cette approche peut avoir un impact déterminant, notamment chez les jeunes marginalisés. On entend par « proximité » le fait que les éducateurs pairs sont susceptibles d'intervenir au plus proche des jeunes (bars gays, maisons des jeunes, etc.), portant le message auprès des populations cibles de manière plus adaptée.

L'approche diffusionnelle, quant à elle, fait appel à des pairs éducateurs appartenant au groupe social cible de l'intervention. Cette approche repose sur une base informelle où la communication pair à pair. Il s'agit d'utiliser les réseaux sociaux déjà existants et au niveau des supports de communication pour agir sur le changement et l'innovation dans le groupe. Cela prend la forme de discussions spontanées entre les jeunes, avec des actions informelles menées par les pairs éducateurs (sketches, distribution de préservatifs, radio, événements institutionnels, concerts, points d'information, festivals). Cette approche se distingue des deux autres, car elle souhaite directement agir sur les opinions, les croyances

et les normes sociales perçues, largement liées aux comportements à risque et au parcours de vie. L'effet de l'action est alors amplifié par les leaders d'opinion.

L'approche fondée sur la mobilisation communautaire grâce à l'appui des pairs sollicite la communauté locale pour rassembler les différentes organisations communautaires (avec leader d'opinion, politiques, professionnels et jeunes). Les communautés peuvent être d'ordre religieux, identitaire, reliés par l'orientation sexuelle ou autre. Ici, les membres de la communauté se rapprochent des organismes de promotion de la santé dans le sens où ils agissent avec eux dans la démarche d'EPP, notamment dans le développement et la mise en œuvre de l'intervention.

Ainsi, dans la mise en place des projets de promotion de la santé sexuelle par les pairs, **plusieurs approches peuvent être mobilisées**, une action de promotion de la santé pouvant faire appel à une base formelle comme informelle, avec l'implication des professionnels, des leaders d'opinions ou des jeunes pairs eux-mêmes, à l'intérieur ou en dehors des espaces communautaires.

c) L'action concrète : lieux, supports et évolution des circuits interactifs

Depuis les années 1960, la popularité de l'EPP a tellement augmenté qu'elle s'est implantée à la fois **au sein des écoles et des service de la jeunesse** (72,86). Largement associée à des thématiques telles que le bien-être social et les consommations à risque, une grande partie de l'attrait de l'EPP repose sur un processus naturel dans lequel les jeunes apprennent beaucoup les uns des autres dans leur vie quotidienne (72,86,87).

La gestion et la supervision des programmes d'EPP sont généralement assurées par des **organismes spécifiques** (83): école ou université, organisation ou club de jeunes, organisme communautaire ou social, établissement de santé, club, co-enseignement ou conférences lors d'une séance d'éducation sanitaire sur la prévention du VIH dans une école secondaire, présentation d'une pièce de théâtre ou d'un jeu de rôle, discussion de groupe dans la salle d'attente d'une clinique avec des services conviviaux pour les jeunes. La conception des programmes d'EPP en santé sexuelle peuvent être pensés par les écoles, les organismes de promotion de la santé, de recherche en santé publique ou encore les associations.

Au niveau scolaire ...

Il existe plusieurs terrains d'action dans l'application des programmes d'EPP (54). Premièrement, les actions menées par les pairs peuvent s'intégrer dans un **cadre pédagogique formel**, à savoir dans les écoles. Il s'agit pour les enseignants de conférer aux élèves la responsabilité du programme, avec un enseignant pouvant être en charge de modérer les échanges. Cette dernière modalité n'est pas une obligation, puisque les jeunes peuvent d'ores et déjà se responsabiliser au sein du cadre scolaire.

De nombreuses écoles à travers le monde offrent une opportunité d'apprentissage à leurs étudiants. Ils placent les **étudiants dans le rôle d'éducateur**, avec par exemple la tâche très importante de prévenir le VIH entre eux et leurs camarades de classe (88). Il peut également s'agir d'une intervention sur les autres composantes de la santé sexuelle, que ce soit au niveau de l'égalité fille-garçon, du respect mutuel ou encore du vécu positif de la sexualité.

Un certain nombre **d'avantages ont été soulevés dans l'EPP à la santé sexuelle et dans les écoles**. Premièrement, les jeunes apprécient et sont influencés de manière positive par une intervention dirigée par des pairs si elle est bien conçue et correctement supervisée. Aussi, pour les pairs éducateurs, servir d'éducateur pour les pairs offre aux jeunes une occasion stimulante et gratifiante de développer leurs compétences en leadership, de gagner le respect de leurs pairs et d'améliorer leurs propres connaissances et compétences. Les éducateurs pairs changent souvent leur propre comportement après être devenus un éducateur pour les pairs. Cela peut donner aux filles la légitimité de parler de sexualité sans risquer d'être stigmatisées. Aussi, l'EPP a eu un effet positif sur les attitudes rapportées à l'égard des personnes vivant avec le VIH / sida (88).

Au niveau scolaire, l'EPP correspond à une méthode pédagogique propice à l'engagement et à la motivation des jeunes. Dans les écoles, elle est généralement **initiée par les enseignants**, afin d'attribuer la responsabilité du programme éducatif aux étudiants. Le rôle de l'enseignant évolue alors, passant d'un rôle d'initiateur et d'éducateur, à celui de modérateur et de consultant (54).

L'utilisation de formations par les pairs au sein des écoles et chez les jeunes permettrait d'accroître les connaissances et d'améliorer les comportements préventifs, notamment sur des sujets concernant le VIH et les maladies sexuellement transmissibles (MST). L'EPP dans les écoles pourrait alors porter le niveau de connaissances parmi les étudiants à un niveau acceptable et améliorer leur approche à l'égard de ces changements (13,89).

... et en dehors des lieux traditionnels d'éducation

L'EPP ne concerne pas exclusivement les programmes scolaires, mais a été utilisée dans un large éventail de contextes avec une diversité de populations, notamment les jeunes de la rue, les ouvriers, les travailleurs du sexe, etc. (88).

En général, ce qui constitue l'EPP peut aller de **conversations informelles avec des jeunes à des renvois formels à des prestataires de services** (76). **Les ateliers, les affiches, les dépliants, le théâtre, l'art et les médias sociaux** ne sont que quelques exemples de supports pouvant être utilisés par les pairs (éducateurs ou non) pour mettre en place une action de promotion.

Ainsi, l'EPP peut se tenir **en dehors du cadre scolaire (planning familial, associations)** et peut être investiguée par différentes organisations pour la jeunesse, en confiant aux jeunes (pair éducateur)

l'éducation d'autres pairs. Ce système permet de toucher un public plus large, avec des jeunes pouvant être sortis du cadre scolaire, permettant davantage aux professionnels de se retirer progressivement des programmes.

Enfin, l'EPP peut prendre forme **en dehors de toute influence organisationnelle et éducative**. Les jeunes sont face à une préoccupation individuelle ou commune et souhaitent construire une réponse, en binôme ou en groupe. Face au transfert d'information et à l'échange d'expérience, l'EPP n'est donc pas toujours citée comme telle, mais est présente sur différents lieux d'échanges (école, associations sportives et culturelles, endroits de vie).

Evolution des circuits interactifs: place d'internet et des médias sociaux

Les interventions médiatiques numériques pour la santé sexuelle ont un grand potentiel en raison de la portée et de la popularité des technologies telles que l'Internet et les téléphones mobiles, en particulier chez les jeunes (90). **Les interventions informatiques interactives pour la promotion de la santé sexuelle peuvent aussi conduire à une meilleure connaissance, une auto-efficacité, un comportement sexuel positif et une réduction des IST (91).**

Internet est une ressource majeure en matière d'information sur la santé et la **recherche en ligne sur l'information**, particulièrement appréciée des jeunes, a été décrite comme une condition préalable importante pour l'autonomisation et l'alphabétisation(92,93).

La recherche sur les flux d'information et les attitudes au sein des réseaux sociaux suggère que les liens entre individus favorisent l'échange d'informations pertinentes entre pairs et influencent leur attitude à l'égard de cette information, les individus étant plus réceptifs aux informations partagées par les autres (23,94). La nouvelle génération de jeunes dresse un profil d'individus particulièrement connectés, et ce dans le monde entier. Internet représente un des premiers réflexes lorsque l'on se pose des questions, notamment de l'ordre de notre santé. Aussi les adolescents et jeunes adultes sont la tranche d'âge recherchant le plus des informations de santé, **avec 93% des jeunes français étant connectés à internet et 48% d'entre eux ayant recherché des informations de santé** au cours des douze derniers mois (22,95). Cet accès nouveau à l'information rend le jeune mieux informé que leurs aînés au même âge, notamment sur des sujets tels que le tabac, l'alcool, la contraception ou encore le sida (22).

La **popularité des réseaux sociaux en ligne**, ainsi que leurs fonctions interactives, ont un grand potentiel pour atteindre la population ciblée. En effet, Aujourd'hui, 9 Français sur 10 ont accès à Internet et 99% des 18-24 ans ont un Smartphone, le téléphone étant l'outil le plus utilisé (96). La popularité, l'accès large et l'exhaustivité des réseaux sociaux en ligne, ainsi que leurs caractéristiques interactives, ont un grand potentiel pour atteindre les jeunes, et offrent une nouvelle façon de s'engager

et de communiquer avec les adolescents et les jeunes adultes (AJA), y compris pour fournir une intervention et une éducation appropriées (97).

Les **réseaux sociaux en ligne** font la promotion de la recherche et de l'éducation en santé par la diffusion de l'information sur la santé (98). Néanmoins, leurs utilisations sont pour la plupart «passives» et les réseaux sociaux en ligne ne sont pas encore pleinement utilisés comme outils de communication multidimensionnelle et de mise en réseau (99). Il y a donc toujours un manque d'interventions pour la promotion de la santé (et un manque de données d'évaluation) en utilisant les réseaux sociaux en ligne pour atteindre les objectifs de cette dernière (97,100). D'autres recherches doivent déterminer quelles approches utilisent les médias sociaux les plus efficaces et les plus interactifs (98).

Ainsi, l'intérêt d'internet et des médias repose sur la possibilité d'établir une **proximité entre les usagers**, dans une sphère se voulant privée et respectant l'intime des individus (23), certains jeunes étant plus à l'aise pour discuter de sujets sensibles. Il s'agit ici de pouvoir préserver son anonymat (dans certains cas) et de consulter des personnes significatives autres que celles présentes dans l'environnement social réel et pour lesquelles le jeune ne voudrait pas aborder des questions relatives à la sexualité.

Il s'agit d'un outil interactif pouvant être choisi comme un cadre d'intervention aux multiples possibilités, avec les spécificités propres de la population cible et au champ abordé. C'est aussi un moyen d'agir pour des jeunes parfois hors de portée des acteurs de terrain (isolés géographiquement, déscolarisés, inactifs), notamment par le biais des forums de discussion, des applications de rencontres ou encore des réseaux sociaux en ligne existants. Ces outils permettent également de **réagir rapidement face aux actualités et rumeurs pouvant en découler**.

Nous connaissons la portée que peut avoir le relai d'information sur internet et les réseaux. Le partage des messages de promotion de la santé peuvent ainsi être diffusés au plus grand nombre. La **modération peut également être conduite par les professionnels ou les pairs éducateurs**, bien que cela nécessite des moyens humains à ne pas négliger, notamment pour surveiller, recadrer ou orienter les interventions mettant en place un système d'EPP. Enfin, la présence dans un même espace de tous les acteurs de la prévention permet de faciliter l'approche multi domaines (101).

Face à **l'avènement d'internet et des médias sociaux**, les plateformes numériques apparaissent clairement comme des **nouveaux outils pouvant accueillir les actions de promotion de la santé sexuelle par l'EPP, avec un réel besoin d'évaluation de ces nouvelles méthodes**. Ces espaces en ligne, qu'ils soient conçus par les professionnels ou par les pairs eux-mêmes représentent des lieux nouveaux à prendre en compte dans l'éducation. Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat ou encore YouTube..., tous ces réseaux sont des lieux d'échanges, que ce soit d'informations, de photos ou de

vidéos plus ou moins courtes, et l'utilisation de ces supports pour la promotion de la santé sexuelle par les pairs peut représenter une perspective d'action nouvelle, avec des risques et limites à prendre en compte dans l'élaboration de programmes sur internet.

d) Risques, limites et recommandations des actions déployées

Il semble peu aisé de définir une ligne unique et directive dans l'orientation de l'EPP, simplement de par les conceptions, les parcours, et les interactions diverses. Le concept même de la santé sexuelle revendique le respect des unicités propres, des convictions, dans une bienveillance à ne pas négliger, surtout dans la mise en place d'action où **l'interaction et les échanges sont les moteurs mêmes de cette dernière**. Néanmoins, la mise en place d'intervention à destination des jeunes visant à promouvoir par les pairs la santé sexuelle doivent prendre en compte les risques et limites dans la conception et l'implémentation des actions associées.

Risques

Qu'elle soit formelle ou informelle, l'EPP, notamment en santé sexuelle, peut comporter des risques certains face aux **sensibilités des sujets abordés ou l'inadaptation des discours des jeunes**. Par exemple, un jeune complexé pourrait se voir plus vulnérable dans l'échange ou taira ses opinions. L'influence parfois négative des autres pairs peut alors engendrer d'autres effets indésirables, tels que l'inhibition, la peur de s'ouvrir ou encore la croyance en d'autres préceptes erronés.

Les principaux risques émanant des actions faisant appel aux dynamiques des groupes pourraient se retrouver dans la vie réelle, au-delà des actions de promotion de la santé. Bien que **l'influence des pairs** sur la prise de décision puisse s'avérer positive, celle-ci peut également dégénérer et introduire des **pressions négatives** sur les jeunes. Ceci s'associe vivement à la dérive des échanges pouvant émaner de ces actions, avec le non-respect des différences, pour des jugements de valeurs n'ayant pas leur place. Au niveau des études en ligne, le manque de **maîtrise des échanges et de la réaction des usagers** peut représenter un risque réel dans l'impact et le vécu de l'intervention. Internet permet de favoriser l'échange, mais sa maîtrise n'est pas totale, tout comme la maîtrise de ses conséquences (101).

Limites

Les premières limites associées à l'EPP sont les difficultés de **conception et de mise en œuvre, la durabilité des actions, le déploiement, la généralisation et la transférabilité**.

Pour comprendre les difficultés que peuvent engendrer les questions relatives à la santé sexuelle, plusieurs points ont pu être abordés quant au fait d'établir un modèle d'EPP chez les jeunes en santé sexuelle. Les définitions adultes de l'adolescence et la **pénurie de bonnes données sur les opinions personnelles des jeunes sur la santé et la sexualité** peuvent créer des difficultés pour l'EPP en matière de santé sexuelle. Les chercheurs ont également mis en évidence des difficultés pour ceux qui travaillent avec les jeunes, par exemple en les obligeant à parler et en supposant que les

comportements liés à la santé des adolescents (en particulier dans le domaine de la sexualité) résultent d'un choix conscient et rationnel. Ils peuvent ne pas comprendre correctement les contraintes entourant la prise de risques sexuels chez les adolescents et peuvent avoir un manque d'informations approfondies sur les significations des relations et «romances» des adolescents (72).

De manière générale, les programmes d'EPP peuvent ne pas atteindre les objectifs souhaités, et ce pour plusieurs raisons (102). Le **manque de buts et d'objectifs clairement énoncés** pour le projet intervient comme une limite majeure au succès des interventions, puisque l'on ne peut pas démontrer sans savoir concrètement ce qui était espéré à l'origine du projet.

Aussi, **l'incohérence entre le projet et son environnement extérieur** est un problème dans le développement, les investigateurs ne définissant parfois que trop peu les groupes cibles, les domaines, les ressources financières et humaines disponibles pour le projet, ou encore le cadre, le calendrier. L'investissement humain et économique nécessaire est parfois sous-estimé par les parties prenantes, cette action de promotion de la santé n'étant pas simplement « bon marché » (102).

Dans le cadre des actions menées en ligne, le **manque de ressources humaines** compétentes pour agir sur l'espace numérique et social, sans que soient abandonnés les anciens territoires de la prévention, peut représenter une limite majeure. Aussi, il y a la nécessité d'une **formation continue** et d'une mise à jour technologique régulière (101). Ainsi, l'EPP est un processus complexe nécessitant un **personnel qualifié et formé** pour la gestion des programmes (développement, gestion, animation, modération, réponse aux besoins, évaluation). Les pairs éducateurs peuvent également recevoir des formations ou soutien inadéquats pour l'animation déployée auprès de la population cible. Une **supervision** est alors indispensable, **auprès des pairs éducateurs, mais aussi auprès des professionnels impliqués et formant les pairs leaders** (102).

Enfin, **l'équilibre entre autonomisation et contrôle de l'action** n'est pas toujours évident à gérer, à savoir la responsabilisation des jeunes dans la démarche d'EPP et leur autonomie dans leur implication. Il s'avère que l'autonomisation est un processus long et que des limites peuvent survenir dans ce processus, déterminé par les ressources personnelles de chacun ou des rapports existants entre les pairs, les pairs éducateurs et les professionnels impliqués. Pour répondre à cela, les questions devant être abordées comprennent la socialisation à un niveau personnel: comment le soutien est-il offert ? Comment l'attraction sexuelle est-elle traitée et quelle est la conduite professionnelle à tenir (82,102) ?

La capacité des jeunes à bien vouloir « **s'exposer** » **sur les questions de sexualité** peut représenter une limite certaine, notamment lors de l'adolescence. Cette volonté de protection peut alors limiter le recrutement des pairs, des pairs-éducateurs, les informations ou les expériences partagées. Néanmoins,

dans le cadre des études conduites sur internet ou les médias sociaux en ligne, le jeune pourrait davantage se dévoiler puisque davantage « anonyme » (101).

Aussi, que ce soit « en ligne » ou en « vie réelle », la **perte de vue des usagers et des pairs-éducateurs** peut être un frein à l'action. En effet, la population adolescente est constamment renouvelée, et la perte de contact peut intervenir à tout moment, et ce malgré les rappels des institutions impliquées. Par exemple, pour les études en ligne, cette perte de contact sera facilitée par de nombreux stratagèmes tels que le changement de nom de profil, le bannissement, ou encore le masquage des fils d'actualité (101).

Les éducateurs pairs ont montré dans certains cas qu'ils étaient plus efficaces que les adultes pour établir des normes et changer les attitudes liées au comportement sexuel. Néanmoins, ils ne sont pas nécessairement meilleurs dans la **transmission d'informations factuelles sur la santé. Les éducateurs pairs et l'éducation dirigée par des adultes peuvent ainsi se compléter.** Une étude a montré qu'un mélange d'enseignement en classe et dirigé par des pairs est plus efficace que l'un ou l'autre dans l'isolement. La condition combinée a montré les plus grands gains dans l'information, la motivation, les compétences et le comportement (88).

Recommandations

Il est impossible d'établir des recommandations sans mettre en avant les **différences de parcours** et les **différences socioculturelles**. Aussi, il semble également important d'insister sur les différences existantes dans les préoccupations et les vécus des jeunes à différents âges. En effet, un jeune adolescent n'aura pas les mêmes préoccupations qu'un jeune adulte. Bien que les échanges puissent avoir un effet positif sur les connaissances, les compétences et les comportements, il est important de développer des **contenus d'intervention adaptés aux différents âges**.

Plusieurs **recommandations** sont établies par l'Unicef pour la conduite d'un programme d'EPP pour prévenir du VIH. Au regard de ces recommandations, des généralités évidentes nous apparaissent dans la conduite de ce type d'intervention.

Recommandations de l'Unicef pour la mise en place d'un programme d'EPP pour la promotion de la santé sexuelle (88)
1) Lier le programme d'EPP (contenu et méthodes) avec d'autres programmes pour former une stratégie globale.
2) S'assurer qu'un adulte ou un enseignant qualifié facilite et soutient les éducateurs pairs.
3) Évaluer les résultats de l'utilisation des éducateurs pairs : suivi des activités des pairs (évaluation des processus), mesure de l'impact de l'éducation (évaluation des résultats) (par exemple: examiner les connaissances, les attitudes, les compétences et les comportements liés au VIH et / ou les effets sur la santé tels que l'incidence des IST).
4) Envisager des mesures incitant les éducateurs pairs à attirer et maintenir leur participation. Par exemple, reconnaître leur contribution à travers: la reconnaissance publique; certificats; T-shirts du programme; aliments; allocations d'argent / de crédit; ou des bourses.
5) Établir des critères pour les compétences et les qualités que les éducateurs pairs devraient avoir, puis demander aux élèves de faire du bénévolat ou d'en nommer d'autres pour les pairs éducateurs.
6) Avoir des attentes claires et réalisables pour les éducateurs pairs.
7) Fournir une formation approfondie, mettre en place des ateliers de suivi réguliers et des séances de pratique (particulièrement important car le taux de roulement des éducateurs pairs peut être élevé).
8) Être flexible lors de la planification des séances de formation et de rétroaction pour maximiser la participation.
9) Surveiller les besoins des formateurs et des éducateurs.
10) Impliquer les jeunes en tant que participants actifs dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du projet , en s'assurant que l'action correspond au contexte culturel et au niveau d'éducation du public.
11) S'assurer que l'offre de matériel éducatif et de préservatifs est suffisant.
12) Considérer les différents besoins des éducateurs masculins et féminins . Par exemple, il peut y avoir différentes attentes sociales sur la façon dont les filles devraient se comporter et sur ce dont elles devraient parler en public. Il faut soutenir leur participation et viser à maintenir un équilibre entre les sexes parmi les éducateurs. (Une étude a montré que les jeunes femmes étaient plus à même d'exprimer une opinion et de poser des questions dans les groupes d'EPP sur le VIH / SIDA réservés aux filles, par rapport aux groupes mixtes).
13) Préparer les pairs éducateurs à la résistance communautaire et à la critique publique, le cas échéant. En même temps, informer et impliquer la communauté dans le programme, pour apaiser les craintes et recueillir leur soutien (par exemple, les mères et les pères des pairs éducateurs, grands-parents, chefs religieux, comités consultatifs communautaires, etc.)
14) S'assurer que des mécanismes sont en place pour reconstituer l'offre de pairs éducateurs (qui vieilliront et mûriront hors du programme).

Aussi, d'autres standards peuvent être énoncés dans la conception des programmes d'EPP (83):

- Les jeunes sont pleinement impliqués dans **tous les aspects du programme**, y compris la planification, la mise en œuvre et l'évaluation.
- Les jeunes sont reconnus comme des **agents de changement et de progrès**.
- La sensibilité à la **culture** et son respect sont garantis.
- Les opérations, la planification, la mise en œuvre et les activités d'éducation par les pairs sont **sensibles au genre**, appropriées et équitables
- Le programme est sensible aux **différences dans l'expression de la sexualité humaine**.
- La politique et la mise en œuvre du programme englobent la **non-discrimination** à l'égard des sexualités humaines et des identités sexuelles.
- Une compréhension existe des **différences entre sexualité adulte et adolescente**.
- Les activités et le matériel du programme traitent des questions de sexualité et sont pertinents pour les **minorités sexuelles**, le cas échéant.
- La sensibilité aux **différences d'âge et aux besoins** est assurée.
- Le contenu de l'éducation par les pairs **respecte l'âge et les stades de développement des apprenants** et est présenté en fonction de ces différents besoins et capacités.

D'un point de vue éthique (83), il s'agit de :

- Respecter, promouvoir et protéger les **droits** de la personne ;
- Montrer la **sensibilité culturelle** ;
- Respecter la **diversité** ;
- Promouvoir **l'égalité** des sexes et l'équité ;
- Assurer et protéger la **confidentialité** ;
- Promouvoir **l'auto-examen des valeurs**;
- Éviter les fausses déclarations personnelles, tout en respectant les limites de divulgation ;
- Fournir des **informations** mises à jour, correctes et impartiales ;
- Etre conscient des **limites individuelles** et comment le comportement affecte les pairs ;
- Ne pas abuser de sa position avec ses pairs ou le programme d'éducation par les pairs.

Toutes ces recommandations positionnent le jeune au cœur de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du programme d'EPP. **Utiliser le modèle de recherche participative basée sur la communauté** permettra aux professionnels, qu'ils soient enseignants, chercheurs ou éducateurs, de mieux considérer les contenus et les modalités de développement de l'intervention.

D'autres recommandations sont établies, telles que **l'évaluation des besoins** de santé et les opinions des jeunes. Les **rôles des chercheurs et des jeunes** doivent clairement être définis avant la mise en

œuvre du projet. La **description du recrutement** et de la sélection des pairs éducateurs doit être établie au préalable. Aussi, les bénéficiaires de l'EPP incluent les pairs éducateurs eux-mêmes et il est nécessaire d'évaluer les **effets de l'action sur les pairs éducateurs**, tout comme **l'éducation réciproque**, où chacun des participants est tour à tour éducateur et bénéficiaire de l'intervention. Par ailleurs, l'usage de **méthodes quantitatives et qualitatives** (méthodes mixtes) est requis pour évaluer les résultats et les processus. De plus, les **opinions des jeunes** quant à l'intervention doivent être renseignées, même si celles-ci sont négatives (103,104).

La **sensibilité à la culture et son respect** doivent être garantis, qu'il s'agisse d'une culture majoritaire ou minoritaire. La planification et la mise en œuvre des programmes d'EPP doivent être sensibles au genre, avec des opérations et des activités, appropriées et équitables. Aussi, le programme doit être sensible aux **différences dans l'expression de la sexualité humaine et des identités sexuelles, sans discrimination**. Les activités et le matériel du programme doivent traiter des questions de sexualité et être pertinents pour les minorités sexuelles. Par ailleurs, il doit être compris par les acteurs et les pairs qu'il existe des **différences entre sexualité adulte et adolescente**. Le contenu de l'EPP respecte l'âge et les stades de développement des apprenants et est présenté en fonction de ces différents besoins et capacités (83).

Dans cette démarche où le jeune transmet et diffuse des informations et des expériences, la **crédibilité de l'information** recherchée ou échangée apparaît comme primordiale dans les recherches menées par les jeunes. De plus, ces derniers n'attribuent pas la même valeur aux informations transmises par les pairs que celles délivrées par les sites considérés légitimes (23). Un accompagnement et une **supervision des informations diffusées** semblent alors indispensables pour assurer la validité et la fiabilité de celles-ci. Cela peut être permis par les pairs éducateurs ou les professionnels associés au projet.

Il demeure donc essentiel d'être attentif aux effets inverses que pourraient engendrer la question de l'EPP, notamment en santé sexuelle. Face aux moqueries, railleries ou jugements, la **modération des discussions et des échanges**, que ce soit sur les terrains de vie réels ou sur les espaces numériques, doivent être considérées comme part indispensable au développement des actions.

Aussi, **face à l'énoncé d'une situation problématique d'un jeune** (viol, violences sexuelles, nouveau diagnostic), les actions de promotion de la santé sexuelle par les pairs doivent pouvoir **répondre de ces situations**, que ce soit en orientant les jeunes ou en apportant directement la réponse. Par exemple, dans le cadre des violences subies, la question du signalement tient une place importante. Les professionnels, qu'ils soient chercheurs, professionnels de santé ou animateurs de terrain, se doivent d'intervenir pour prévenir de la mise en péril du jeune.

Vers un programme efficace de santé sexuelle par les pairs

L'optimisation des actions d'EPP en santé sexuelle doivent tenir compte des retours d'expérience des professionnels et des participants aux actions. Il s'agit de savoir quels sont les réels besoins et les actions efficaces pour agir significativement sur l'état de santé des jeunes. Pour cela, **l'évaluation des actions** est primordiale pour optimiser les programmes déployés. Aussi, **la recherche** tient une place primordiale dans l'analyse des circuits interactifs les plus adaptés et efficaces pour la promotion de la santé sexuelle par l'EPP.

IV. Construction de la preuve pour une évaluation complexe

Avec la diffusion de l'EPP, y compris le développement d'organisations nationales et internationales pour promouvoir l'EPP, il devient de plus en plus important de **synthétiser les preuves des programmes existants** pour mieux guider la prise de décision et la planification des programmes (24). A l'heure où la stratégie nationale de santé sexuelle donne une place primordiale à la promotion de la recherche, des connaissances et de l'innovation, la question de la preuve des programmes de promotion de santé sexuelle demeure centrale, notamment dans **l'évaluation par la recherche interventionnelle pluridisciplinaire** (17).

a) Cadre de l'évaluation des interventions d'éducation par les pairs en santé sexuelle

L'intérêt d'une évaluation complète des interventions de l'EPP est celui de pouvoir fournir aux investigateurs et participants aux projets des informations utiles, notamment pour guider les pratiques futures. L'approche d'EPP en santé sexuelle, et notamment sur le sida, s'est largement développée ces dernières années, et soulève des problématiques spécifiques faisant appel à des outils se devant innovants (47). Comprendre et développer les connaissances sur ces interventions représentent alors l'objectif principal d'une évaluation se voulant systématique, sélective et rigoureuse. L'évaluation de l'EPP en santé sexuelle est de fait **complexe, de par la variété des participants et des cadres utilisés par les actions**. La recherche en santé publique a alors pour but d'établir un cadre de recherche-action permettant la mise en œuvre et l'évaluation multiple des programmes.

L'EPP représente une action de promotion de la santé, elle-même représentant une intervention de santé publique. Ainsi, « *la recherche interventionnelle comporte l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau des populations* » (105). Les interventions de promotion ou d'éducation pour la santé telles que l'EPP sont considérées comme des **interventions complexes**. Elles sont **déterminées par diverses composantes interagissant entre elles** (106–108). Ces interventions

demeurent également complexes de par la multi dimensionnalité des groupes ciblés, la variabilité des résultats, et la difficulté d'adopter certains comportements aux bénéficiaires et aux acteurs (109).

Les interventions viseront souvent à traiter simultanément plusieurs causes, **ciblant des facteurs à plusieurs niveaux (individuels, interpersonnels, organisationnels) et comprenant plusieurs composantes qui interagissent pour affecter plus d'un résultat**(106). Les données d'évaluation d'une intervention vont alors dépendre du contexte, des conditions de mise en œuvre et des acteurs y participant. Dans ce cadre, comment démontrer l'efficacité des interventions ?

L'évaluation des interventions complexes nécessite aussi l'utilisation d'un **plan expérimental réalisable et adapté à la réalité des interventions**, en tenant compte du contexte, de la mise en œuvre, de l'environnement et des acteurs participant à l'intervention.

Les termes **d'efficacité, d'effectivité ou encore d'impact** sont souvent utilisés par les chercheurs, et ils s'intègrent pleinement dans une démarche de recherche-évaluation. Evaluer l'impact d'un programme de santé revient alors à considérer dans quelle mesure un programme peut entraîner des changements significatifs souhaités (par exemple, le développement des comportements favorables) auprès d'une population cible (110).

Les **évaluations des processus et des résultats** sont donc complémentaires (Inputs, Outputs, Short-term outcomes, long-term outcomes, Cf. exemple Figure 2) et devraient être mises en œuvre dans toutes les évaluations, afin d'obtenir une vue d'ensemble complète des effets d'un programme (111).

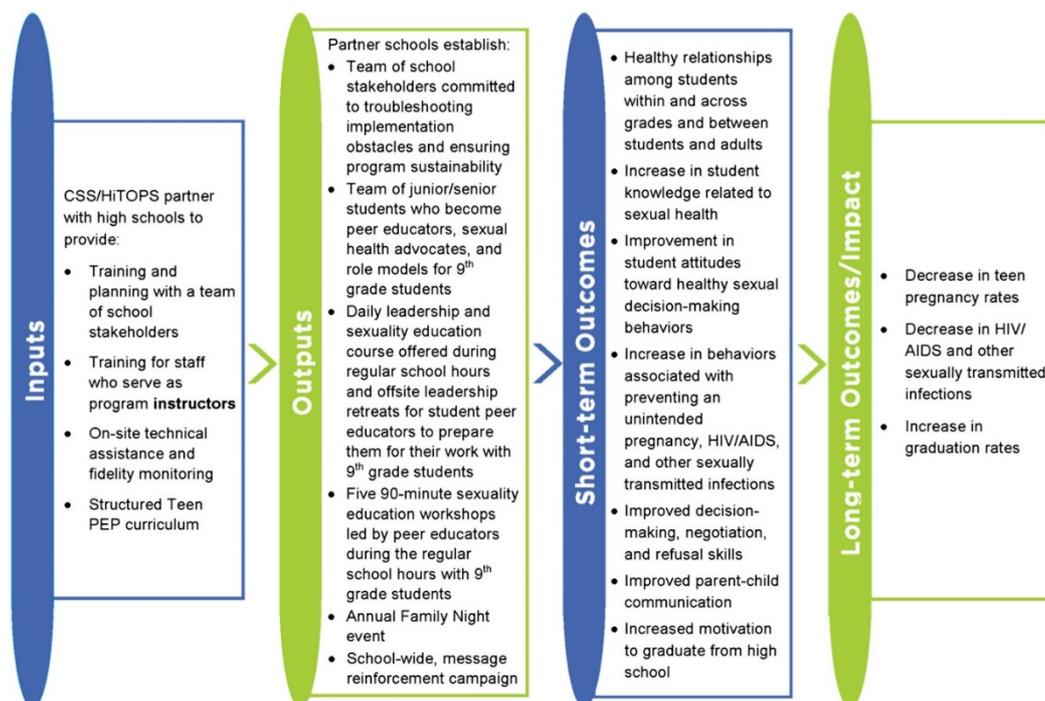


Figure 2 - Exemple d'évaluation globale d'un programme d'EPP dans les écoles (112)

L'évaluation des interventions d'EPP en santé sexuelle doit se faire de manière **systematique** et **critique**. Plusieurs méthodes d'évaluation peuvent être appliquées, et il est recommandé d'adopter une **approche mixte** (103), où les **mesures quantitatives et qualitatives** interviennent à différents stades (47).

Les **mesures quantitatives** peuvent permettre de répondre aux objectifs principaux des projets d'EPP et de **savoir si les résultats de santé attendus sont atteints**. Il peut par exemple s'agir d'outils de mesure de type « questionnaire » pour évaluer des comportements sexuels, des connaissances en santé sexuelle, des compétences ou encore des intentions d'adopter certaines pratiques.

Les **mesures qualitatives** (interviews, focus groupes) permettent d'avoir des **retours subjectifs sur les besoins des jeunes et sur l'intervention** de l'EPP, notamment par l'interprétation des phénomènes sociaux et dynamiques complexes. Elles peuvent être conduites par les professionnels ou les pairs éducateurs associés aux projets, intervenant alors comme co-chercheurs (47).

La question de la **diffusion de l'action et de l'évaluation de la transférabilité** de cette dernière tient également une place particulière, puisque la promotion de la santé sexuelle, de manière générale, doit pouvoir atteindre les populations cibles de manière optimale, un même modèle éducatif pouvant se déployer pour des populations ou thématiques de santé diverses et dans des contextes socioculturels distincts.

b) Evaluation de processus en santé et qualité de mise en œuvre

Les évaluations de processus explorent la mise en œuvre, la réception et la mise en place d'une intervention et aident à interpréter les résultats des interventions. Elles ont pour objectif d'examiner les **points de vue des participants** sur l'intervention, d'étudier **comment l'intervention est mise en œuvre** et de **distinguer les composantes de l'intervention**. Elles permettent également d'étudier les **facteurs contextuels** qui affectent une intervention et de surveiller la dose pour évaluer la portée de l'intervention (107). Une intervention peut avoir des effets limités, soit en raison de sa conception, soit parce qu'elle n'est pas correctement mise en œuvre. Des résultats positifs peuvent également être atteints, et ce même si une intervention n'a pas été livrée entièrement comme prévu. De plus, l'évaluation de processus questionnera également les composantes de **faisabilité, d'acceptabilité et d'attractivité**.

Les études de faisabilité s'intéressent aux processus, généralement par le biais de méthodes qualitatives, pour déterminer quelle est la meilleure approche en matière d'EPP, en fonction du cadre ou du groupe. Les évaluations du processus fournissent des informations sur la qualité du projet, sa dynamique, et la façon dont l'ensemble s'articule aux résultats de santé attendus. Ces évaluations permettent d'observer le fonctionnement du projet d'EPP, permettant des ajustements d'action si

nécessaire. Parmi les méthodes utilisées, nous pouvons retrouver les journaux de bord du terrain, les enquêtes périodiques, les entretiens individuels, les focus groupes et les bilans d'activités (47).

Par conséquent, pour commencer à tirer des conclusions sur ce qui fonctionne, l'évaluation de processus étudiera la **fidélité** (l'intervention a été réalisée comme prévu) et la **dose** (la quantité d'intervention mise en œuvre) (106). Les interventions complexes font généralement l'objet d'adaptations lorsqu'elles sont mises en œuvre dans différents contextes. Saisir ce qui est délivré dans la pratique, en se référant de près à la théorie de l'intervention, peut permettre aux évaluateurs de faire la distinction entre les adaptations pour adapter l'intervention à différents contextes et les changements qui nuisent à la fidélité de l'intervention. L'évaluation des processus peut utilement étudier comment l'intervention a été livrée, et ce notamment pour la reproduction et la généralisation des interventions complexes.

L'évaluation des processus peut aider à distinguer les **interventions défectueuses** (échec du concept d'intervention ou de la théorie) et celles qui sont **mal appliquées** (échec de la mise en œuvre) (113). Les évaluations de processus sont particulièrement nécessaires pour les études multicentriques, où la «même» intervention peut être mise en œuvre et reçue de différentes manières (107).

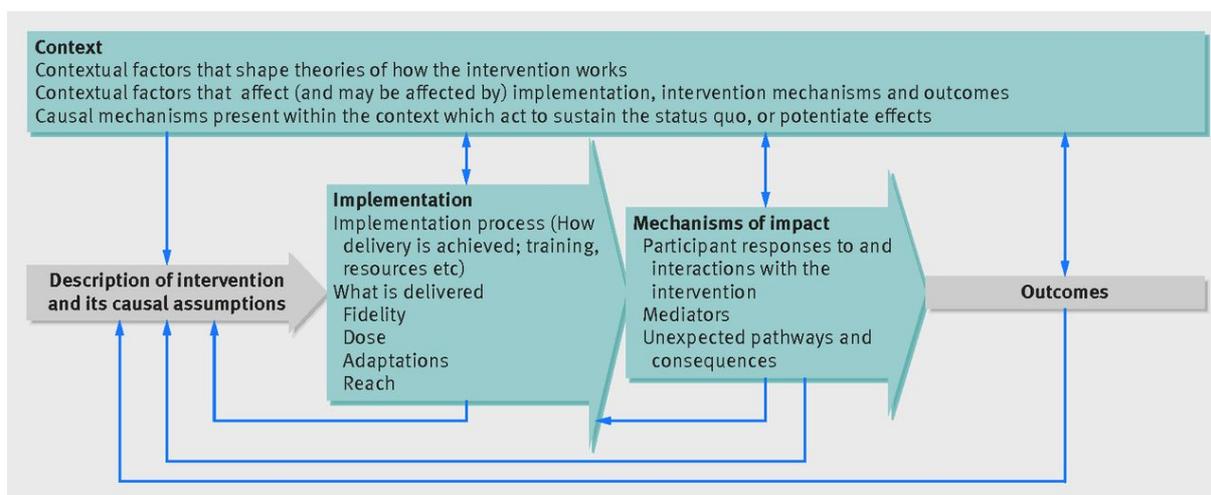


Figure 1 - Fonctions clés de l'évaluation des processus et relations entre elles (106)

En cela, l'évaluation des processus peut être utilisée pour évaluer la fidélité et la qualité de la mise en œuvre, clarifier les mécanismes causaux et identifier les facteurs contextuels associés aux variations des résultats (114).

Les dimensions à suivre dans le cadre de l'évaluation de processus des actions par les pairs

Pour l'évaluation des interventions d'EPP, il s'agit de recueillir les **expériences des jeunes quant à l'intervention et leur acceptation** (il est également possible d'observer cette acceptabilité auprès des

parents). Le but est d'observer comment a été vécu l'interaction avec les pairs et les professionnels intervenant, mais aussi d'avoir un retour sur les contenus des activités, sur les échanges et sur les réponses à leurs besoins et préoccupations. Les **points de vue des différents acteurs** (directeurs d'écoles, intervenants, éducateurs, pairs éducateurs) peuvent également être sollicités, notamment pour savoir si l'intervention s'intègre correctement dans le cadre institutionnel (115).

Par ailleurs, cette évaluation permet d'observer les compétences de vie des pairs éducateurs et leur **capacité à aborder des sujets** tels que les comportements à risque, l'utilisation du préservatif, etc. (47). Il s'agira d'évaluer le suivi mené par le coordonnateur de projet auprès des pairs éducateurs, à travers des entrevues régulières. L'évaluation de processus devra aussi conduire une observation et une évaluation des sessions de formation d'EPP et du travail effectué par les pairs éducateurs (recueil des observations des participants aux réunions) (116). Des indicateurs tels que le **nombre de pairs formés, le nombre de personnes contactées dans la population d'étude ou encore le nombre de préservatifs distribués par les éducateurs pour les pairs** (78).

c) L'évaluation d'impact pour une mesure des résultats de santé

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est « *une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population.* ». Il s'agit donc de **mesurer les effets d'une action pour évaluer un impact** sur du plus ou moins long terme. Toujours dans le cadre de promotion de la santé, on considèrera une intervention comme **efficace** dès lors qu'elle permet **d'impacter les déterminants de santé et ainsi d'agir sur le problème de santé** (par la promotion dans le cadre de l'EPP)(117). La notion d'efficacité est reprise par différents termes en langue anglaise. « *Efficacy* » fait référence aux effets bénéfiques d'un programme ou d'une politique dans des conditions optimales, alors qu'« *effectiveness* » se réfère aux effets d'un programme ou d'une politique dans des conditions plus réelles (118).

L'évaluation de l'efficacité des interventions de santé demeure donc complexe, puisqu'elle peut être menée sur plusieurs niveaux, avec divers indicateurs de suivi, que ce soit en termes de résultats de santé (incidence ou problème de santé) ou de déterminants (connaissances, compétences, attitudes, comportements). De manière général, il s'agira **d'observer si les résultats de santé attendus sont atteints, et ce, par le biais de plusieurs comparaisons possibles**, ceci à partir du suivi des indicateurs choisis : i) comparaison des résultats pour un même groupe avant-après intervention; ii) comparaison des résultats entre un groupe ayant reçu l'intervention et un groupe témoin (contrôle); iii) comparaison des résultats aux données des grandes études ou grands registres de santé (en population générale).

Bien que l'**essai contrôlé randomisé (ECR)** soit encore considéré comme un modèle de référence, notamment au niveau clinique (validité interne), il demeure peu aisé à mettre en place pour l'évaluation des interventions complexes que sont les actions d'EPP. Néanmoins, ils garantissent un haut **niveau de preuve** et de nombreuses études utilisent ce modèle pour évaluer l'EPP en santé sexuelle des jeunes (78,119), l'évaluation des interventions complexes par ECR pouvant largement s'appliquer dans le cadre de la promotion de la santé (107).

Concernant les mesures d'efficacité des programmes d'EPP en santé sexuelle et leur potentiel impact, les évaluations d'efficacité peuvent porter sur les indicateurs d'incidence des problèmes de santé majeurs (VIH, IST). Bien que l'on s'entende à dire que les incidences sont des composantes majeures de l'évaluation d'impact en santé des actions déployées, l'évaluation d'efficacité doit aussi **prendre en compte les déterminants généraux agissant sur ces incidences**, tels qu'énoncées par les théories de changement de comportement où la connaissance, l'attitude face à l'information et les croyances agiront sur les comportements qui eux-mêmes pourront avoir un effet sur les incidences observées.

Quels résultats des études évaluatives ?

De nombreuses évaluations de programmes d'EPP ont été réalisées pour promouvoir la santé sexuelle, mais peu d'entre elles ont exigé une conception de recherche rigoureuse ou une collecte de données qui surveillent les résultats comportementaux et biologiques. Les études qui ont utilisé des conceptions plus rigoureuses ont montré que les programmes d'éducation par les pairs **ont augmenté le niveau de connaissances, l'utilisation du préservatif pour prévenir du SIDA, l'utilisation de contraceptifs lors du dernier rapport sexuel, la recherche de soins pour les IST, l'aptitude à rester fidèle à un partenaire, l'auto-efficacité perçue dans l'utilisation de la contraception et la volonté d'acheter des préservatifs** (83).

Les programmes d'EPP concernant l'éducation au VIH et au SIDA ont pour la plupart démontré un impact quant aux incidences des IST ou sur les comportements à risques. Bien souvent, ces évaluations portent sur des populations ciblées comme à risque, telles que les consommateurs de drogues injectables ou encore les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (78). Les **indicateurs de résultats** pouvaient alors être les suivants: **comportements sexuels à risques, taux d'IST, incidence des IST et du VIH, usage du préservatif, début des rapports sexuels et de l'usage du préservatif**. De nombreuses recherches démontrent que les interventions dirigées par des pairs peuvent **réduire les comportements sexuels à risque, comme les relations sexuelles non protégées, la fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires sexuels** (120,121).

Aussi, d'autres résultats de recherches ont démontré que les programmes avec des éducateurs pairs sont aussi efficaces pour établir un **changement positif sur le niveau de connaissances du VIH, les croyances et les comportements à risque**. Les adolescents sont plus susceptibles de participer à des

discussions interactives après des séances animées par des pairs qu'à des séances dirigées par des adultes et les éducateurs pairs ont eux-mêmes bénéficié d'avantages sanitaires supplémentaires (83).

En 2008 et 2009, l'UNESCO a évalué l'efficacité des études impliquant l'EPP sur les comportements des jeunes face aux risques liés à la santé sexuelle tels que l'exposition au VIH et autres IST (122). En effet, **40% ont signalé une augmentation de l'utilisation du préservatif et 40% ont signalé une utilisation accrue de la contraception**. Dans toutes les formes de contraception, les programmes ont noté une **diminution de 53% de la prise de risque sexuel**.

À la fin de l'examen mené par l'UNESCO, il a été conclu que plus de **la moitié des programmes évalués avaient effectivement amélioré les connaissances en matière de santé sexuelle et réduit les comportements à risque**. C'est pourquoi l'UNESCO a spécifiquement inclus l'EPP pour le VIH et la santé sexuelle dans leurs directives mondiales pour les meilleures pratiques (123).

En opposition, une autre revue de la littérature donne un aperçu des interventions d'éducation sexuelle dirigées par des pairs publiées en 1998-2005 (111) et soulève qu'aucune preuve claire n'est établie sur le fait que l'EPP encourage l'utilisation du préservatif, ou réduit les chances des grossesses ou d'avoir un nouveau partenaire. De plus, **les résultats des études étaient hétérogènes** suggérant qu'il pourrait y avoir de réelles différences dans les effets des interventions. La plupart des études ont trouvé des **effets positifs sur les mesures des connaissances, des attitudes et des intentions**. Se pose alors la question du nombre de variables mesurées et du temps écoulé entre l'exposition d'intervention et l'évaluation régulières des résultats était constant entre les différentes études. Il ressort également de cette revue que la qualité méthodologique des études était généralement peu concluante, suggérant un potentiel de biais de résultats.

Enfin, une autre revue de la littérature de 2016 a étudié 15 programmes d'EPP en santé sexuelle dans les pays développés (124). Ces études ont donné très peu de responsabilité aux pairs. Néanmoins, la plupart des résultats ont montré des **améliorations dans les connaissances sur la santé sexuelle et dans les attitudes** après la mise en œuvre des interventions. Deux études ont montré une amélioration de **l'auto-efficacité**, et trois ont montré des **changements de comportement**. Cette revue montre que l'approche par les pairs est efficace pour changer les connaissances et les attitudes, mais n'a pas pu conclure sur l'efficacité au niveau des comportements. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour décrire les **conditions de mise en œuvre optimale permettant d'améliorer l'efficacité des interventions** (les processus et l'efficacité étant liés dans le développement des programmes).

V. Discussion générale

Pour répondre aux diversités des besoins et des préoccupations des jeunes en santé sexuelle, l'EPP en apparaît comme un processus complexe, à la fois sur le concept-même, les actions déployées et l'évaluation des interventions. Dans cette démarche d'éducation collective, les jeunes sont positionnés comme des acteurs majeurs de leur propre autonomisation, et la notion d'« empowerment » demeure centrale, puisqu'il s'agit de **donner au jeune le pouvoir d'agir pour leur propre santé**, à travers le développement des **connaissances et compétences, pour l'adoption de comportements favorables et une entrée positive dans la sexualité**.

Les questions relatives à la sexualité demeurent centrales à l'adolescence et lors du passage à l'âge adulte, que ce soit par rapport aux évolutions physiques, aux nouvelles relations ou à une entrée dans la sexualité. L'EPP, sur la base informelle intervient déjà dans les mécanismes sociaux des jeunes. L'échange d'expériences entre ces derniers est une des étapes de transmission d'information, notamment sur des questions relatives au vécu de la sexualité. Recevoir et transmettre cette information est l'une des étapes de la démarche d'éducation sexuelle. Aussi, cette dernière ne peut être conçue sans la **participation active des populations cibles**. Ainsi, **l'innovation dans l'EPP est qu'elle se construit à partir de la base informelle existante pour construire des programmes plus formels où le jeune est conscient de faire partie intégrante d'une action d'éducation en santé**. Donner un rôle aux jeunes et les responsabiliser peut alors être une clé face aux imperméabilités des actions éducatives plus traditionnelles, où les jeunes ne sont que récepteurs d'une information.

Le premier point que nous pourrions soulever est celui de la **définition même du pair** et son implication dans une démarche éducative. Un jeune cherchera souvent un semblable, et le pair se positionnera au-delà d'une simple correspondance en terme d'âge. Pour autant, **l'interaction entre jeunes pourrait pourtant être établie, malgré des différences de parcours et de conceptions**. Deux individus de croyances et représentations différentes ne pourraient-ils pas tout de même se reconnaître et interagir pour une éducation conjointe ?

Aussi, l'échange entre pairs de différents âges peut largement être envisagé dans l'EPP. C'est d'ailleurs ce qui est imaginé par les concepteurs d'action de santé, avec le **recrutement de pairs éducateurs**, souvent plus âgés pour transmettre des informations aux plus jeunes. Les pairs éducateurs ont une place primordiale dans la démarche d'EPP, et les terrains de recrutements peuvent être variés. Certains investigateurs choisiront des profils déjà identifiés de pairs leaders alors que d'autres organiseront des programmes de formations adaptés pour permettre à des jeunes volontaires d'intervenir à la suite de ceux-ci. De manière plus générale, le **recrutement de l'ensemble des jeunes pairs** se doit d'être le plus inclusif possible, afin de **réduire les inégalités d'accès aux actions de santé** (inégalités sociales de santé).

Le second point qu'il nous semble important de soulever est celui de la diversité des informations devant être abordées dans le cadre des actions d'EPP en santé sexuelle. De nombreuses interventions interviennent pour prévenir une incidence, ou pour promouvoir des comportements favorables et protecteurs. Aussi, il semble essentiel de **continuer à faire progresser les contenus des interventions en santé sexuelle au-delà de la simple protection face à une maladie** mais davantage en abordant les questions de respect, de sexualité positive et de bien-être sexuel. Il semble également important d'adapter les contenus des actions en fonction des préoccupations des jeunes, notamment pour des sous-groupes de pairs aux problématiques spécifiques (culture, religion, identité de genre, orientation sexuelle), ceci dans une **démarche inclusive et non séparative**.

Par ailleurs, face aux pressions des pairs, à la dérive des échanges, au non-respect des différences, l'un des risques dans les résultantes de l'EPP est qu'elle produise un **effet inverse** à celui attendu, avec une influence négative de la sphère sociale. Les modérateurs doivent donc s'assurer du bon respect du cadre de l'intervention (non-discrimination, neutralité), avec l'intégration des principes de la santé sexuelle et des droits humains. Malgré un enthousiasme certain, certains adultes ont considéré ce processus avec des sentiments mitigés. Au mieux, le pair ne sera pas très mal informé; au pire, il y aura des influences conduisant à un comportement à risque («pression des pairs» indésirable) (72).

Diverses interventions de santé peuvent être conduites pour l'EPP, et **différents terrains d'actions** sont utilisés, tels que les écoles, les associations ou au sein des lieux de vie des populations cibles. L'EPP peut alors prendre plusieurs formes, que ce soit la diffusion d'information par des pairs éducateurs ou la mise en place de séances spécifiques d'échanges par mise en situation et la recherche conjointe d'information. L'encadrement mesuré des adultes présents est alors une composante importante à prendre en compte, puisqu'il faut modérer sans pour autant éduquer.

Se pose également la question de savoir comment toucher les **populations éloignées ou difficiles d'accès**. Beaucoup d'actions sont menées au sein d'écoles, mais comment être inclusif au-delà des jeunes scolarisés ? Il semble important pour cela de penser aux questions de recrutement de la population (missions locales, associations pour populations précaires, etc.). Par exemple, les personnes en grande précarité (sans-abris) disposent tout de même d'un téléphone mobile avec connexion possible; le lien pourrait alors passer par internet et par les réseaux sociaux en ligne.

En cela, l'arrivée **d'internet et des réseaux sociaux** offre un nouveau terrain pour déployer des actions d'EPP en santé sexuelle, notamment face au besoin d'intimité des jeunes et face à des sujets pouvant être sensibles ou difficiles à aborder en vie réelle. Bien que ces nouveaux outils comportent des limites certaines et des risques propres, il semble que la promotion de la santé sexuelle grâce à des supports interactifs virtuels représente une potentielle innovation, avec des outils largement utilisés par les jeunes. Cependant, la littérature montre cependant peu de données évaluatives, bien que certaines

interventions plus générales de santé sexuelle mettent en place des modules interactifs à leurs actions, sans pour autant évaluer l'efficacité de la partie d'EPP.

Dans la question des programmes d'éducation participative, il semble important de mettre en avant le fait qu'un jeune peut être inclus dans un programme interactif et pour autant être inactif dans l'activité, la seule présence de ses pairs dans le programme suffisant à lui transmettre des informations. Les **différentes personnalités des jeunes** sont donc à prendre en compte, puisqu'il ne s'agit pas d'inclure uniquement les plus actifs. Par exemple, dans les interventions pouvant être menées sur les réseaux sociaux, la majorité des profils restent majoritairement passifs avec environ 5% de personnes réellement actives sur les réseaux sociaux. Nous indiquons bien souvent la nécessité de l'interaction dans l'EPP. Cependant, **un processus « communautaire » tel que celui-ci peut également être bénéfique aux invisibles, à savoir ceux qui restent moins expressifs mais tout aussi apprenants.**

Nombreuses théories d'apprentissage et de changement de comportements interviennent dans la compréhension et l'application de l'éducation par les pairs. Pour autant, la construction du **cadre conceptuel semble complexe**, puisque certaines théories ne s'attaquent qu'à des processus individuels, à savoir comment l'individu adopte un comportement de santé. Nombreuses interventions d'EPP utilisent uniquement ces théories, notamment pour la santé sexuelle, mais très **peu prennent en compte la dynamique collective dans l'apprentissage et l'adoption des comportements de santé.** Il serait alors intéressant de penser la conception des interventions et leur évaluation dans l'étude des déterminants collectifs pour les changements de comportements, dans la promotion globale de la santé sexuelle. Même si les compétences de groupe et la sensibilisation peuvent être encouragées par l'EPP, la plupart des programmes visent à encourager et à faciliter le changement uniquement au niveau individuel (72). Par ailleurs, des résultats doivent être observés sous le regard de l'environnement social et culturel (poids sociétal, influences des croyances), et du groupe (comportements et empowerment collectifs), puisqu'il s'agit, entre autre, de développer par l'action une démarche collective, regroupant les individualités propres à chacun.

Il demeure encore aujourd'hui un manque d'évaluation et de preuves claires concernant les **résultats**, en plus d'une **analyse détaillée des processus impliqués dans de telles interventions** (72). Les différentes conclusions scientifiques associées au concept même d'EPP, surtout en santé sexuelle, ne peuvent encore converger vers une preuve irréfutable que les jeunes sont mieux informés par cette méthode pédagogique.

Concernant **l'évaluation des programmes d'EPP**, notamment sur l'éducation au VIH et au SIDA, de nombreuses études ont pu faire ressortir des indicateurs à prendre en compte dans le cadre des processus ou des résultats de santé (78) et la **démarche de recherche interventionnelle en santé publique** intervient comme indispensables à **l'étude des interventions complexes dans leur**

ensemble. Malgré l'importance de mesurer ces résultats, ceux-ci restent insuffisant pour mesurer la réduction de vulnérabilité, notamment face au VIH. Il s'agit ici de prendre en compte la **question de l'impact d'un programme, mais aussi d'évaluer les besoins réels des populations ciblées.**

Par ailleurs, la question des **modèles comparatifs** demeure centrale **pour démontrer l'efficacité** des programmes d'EPP. Comment apporter le meilleur niveau de preuve ? De nombreuses études ont démontré leur efficacité pour les comportements favorables de santé sexuelle, avec parfois des mesures associées à l'incidence des IST ou encore des grossesses non désirées (78). De manière générale, des mesures avant et après interventions étaient menées et nombreuses évaluations utilisaient un groupe contrôle pour mesurer l'impact de l'intervention d'EPP.

De plus, **peu d'évaluations ont atteint la qualité méthodologique nécessaire pour produire des conclusions fiables** (75). Il existe également un manque d'évaluation quant à l'application du modèle sur internet, que ce soit par rapport à sa faisabilité en ligne que sur les effets réels à partir du support en ligne. Il y a le défi de vérifier l'identité des participants en ligne (pour éviter les inscriptions répétées) et les problèmes potentiels concernant la fiabilité des données en ligne (125). Il y a également un argument fort pour que les interventions associées soient également évaluées sur internet, ceci afin de maximiser la validité externe de l'essai, à savoir la généralisation (126). Cependant, il peut y avoir de très fortes pertes de suivi dans les essais en ligne (127). Au-delà des indicateurs connus à suivre dans le cadre des actions promouvant la santé sexuelle, la question de l'évaluation de la qualité des échanges et la qualité perçue des interactions comme indicateurs devrait être prise en considération (en plus du soutien et capital social et de l'estime de soi).

Les actions déployées et réalisées par des praticiens restent encore généralement sous-évaluées dans le domaine de l'éducation pour la santé, avec des mauvais effets rarement documentés (72). Aussi les barrières à l'évaluation sont dans le **manque de financements, de temps et d'expertise technique pour la mesure des résultats** sur le plan comportemental et biologique (78).

Enfin, l'évaluation doit porter sur les **déterminants d'un comportement de santé**, ceci au regard des théories de changement de comportement (connaissances, croyances et intentions d'adopter un comportement). Se pose alors la question des données déclaratives. Comment les données déclarées par les jeunes sur leurs comportements ou leurs intentions ne seraient-elles pas biaisées par le fait de vouloir se présenter sous son meilleur jour ? La question du biais de désirabilité sociale est alors centrale, puisque les mesures associées peuvent alors ne pas refléter la réalité.

Conclusion

Face aux nombreuses stratégies pour promouvoir la santé sexuelle des jeunes, l'EPP représente une démarche prometteuse, s'inscrivant dans une complémentarité des schémas éducatifs traditionnels. Le présent état de l'art relève de nombreux travaux existants, que ce soient sur les réflexions conceptuelles ou les méthodes pour le développement et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé par l'EPP. Bien que la plupart des auteurs s'entendent sur le potentiel de cette démarche, de nombreuses réflexions restent au cœur des discussions, que ce soit sur les déterminants de concept à observer, les étapes dans le développement des programmes, ou encore la démarche de recherche-action. Pour cette dernière, la notion de preuve reste centrale, et des évaluations supplémentaires sont nécessaires, notamment face aux nouveaux canaux de transmission de l'information (médias sociaux) permettant l'interaction et la constitution de réseaux et groupes sociaux.

Références bibliographiques

1. Laurent A. Histoire de l'individualisme. 1993;4.
2. Bariaud F, Lehalle H. Évolution affective, sociale et cognitive à la période de l'adolescence. In: Psychologie du développement et de l'éducation. Paris; p. p. 117-148. (Puf).
3. Camara M, Bacigalupe G, Padilla P. The role of social support in adolescents: are you helping me or stressing me out? Int J Adolesc Youth. 3 avr 2017;22(2):123-36.
4. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. sept 1985;98(2):310-57.
5. Ellonen N, Kääriäinen J, Autio V. Adolescent depression and school social support: A multilevel analysis of a Finnish sample. J Community Psychol. 2008;36(4):552-567.
6. Lin N, Dean A, Ensel WM. Social Support, Life Events, and Depression. Academic Press; 2013. 394 p.
7. Atger F. L'attachement à l'adolescence. Dialogue. 1 avr 2007;(175):73-86.
8. Lewin K. Group Decision and Social Change. 1947;197-211.
9. Anzieu D, Martin J-Y. La dynamique des groupes restreints. 2000. 397 p. (Puf).
10. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. 2017 [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
11. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986.
12. OMS | Vos questions les plus fréquentes [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
13. Hatami M, Kazemi A, Mehrabi T. Effect of peer education in school on sexual health knowledge and attitude in girl adolescents. J Educ Health Promot [Internet]. 30 déc 2015 [cité 16 avr 2018];4. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4944604/>
14. Organization WH. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. 2010;
15. OMS. Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux [Internet]. 2007 p. 29. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/fr/
16. Haut Conseil de la santé publique. Santé sexuelle et reproductive. HCSP; 2016.
17. Haut Conseil de la santé publique. Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030. Paris : HCSP, coll. Avis et Rapports; 2017.
18. Lévy E. L'éducation pour la santé. Avis du Conseil économique et social. 1982.

19. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017 - 2030 [Internet]. 2017 [cité 6 déc 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
20. Institut National de la Promotion et de l'Éducation pour la Santé. Une approche positive et respectueuse de la sexualité [Internet]. 2012. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
21. Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI). Qu'est-ce que l'éducation par groupes de pairs ? [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/archives/educational_resources/domino/Domino_4_fr.asp
22. INPES. Santé des 15-30 ans : Comment se portent et se comportent les jeunes? Baromètre santé jeunes 2010. 2013 juin p. 13.
23. Bluzat L, Kersaudy-Rahib D, Fourès J-M, Faget N. Place et rôle d'Internet dans l'éducation par les pairs : l'exemple Onsexprime.fr. Cah L'action. 2014;(43):59-68.
24. Maticka-Tyndale E, Barnett JP. Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: A review. Eval Program Plann. 1 mai 2010;33(2):98-112.
25. Le Breton D. Adolescence et conduites à risque. FABERT; 2014. 61 p.
26. Jeammet P. Paradoxes et dépendance à l'adolescence. FABERT; 2009. 62 p.
27. Kar SK, Choudhury A, Singh AP. Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. J Hum Reprod Sci. 2015;8(2):70-4.
28. Merrick J, Tenenbaum A, Omar HA. Human Sexuality and Adolescence. Front Public Health [Internet]. 7 oct 2013 [cité 14 mai 2018];1. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3859969/>
29. Delage M. L'attachement à l'adolescence., Abstract. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 8 juill 2008;(40):79-97.
30. Ricciardelli LA, McCabe MP, Banfield S. Body image and body change methods in adolescent boys: Role of parents, friends and the media. J Psychosom Res. 1 sept 2000;49(3):189-97.
31. DiClemente RJ. Psychosocial determinants of condom use among adolescents. Sage Publications, Inc; 1992.
32. BDSP - Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
33. Comportements sexuels à risque [Internet]. OTCRA. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <https://otcra.fr/conduites-a-risque/comportements-sexuels-a-risque/>
34. Kotchick BA, Shaffer A, Miller KS, Forehand R. Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. Clin Psychol Rev. 1 juin 2001;21(4):493-519.

35. Mitchell KJ, Ybarra ML, Korchmaros JD, Kosciw JG. Accessing sexual health information online: use, motivations and consequences for youth with different sexual orientations. *Health Educ Res.* févr 2014;29(1):147-57.
36. Amsellem-Mainguy Y. Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? *Cah L'action.* 2014;(43):9-16.
37. World Health Organization. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. 1998 [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1
38. Haut Conseil de la santé publique. L'éducation pour la santé. Du discours à la pratique. 1996;(6):2.
39. Herlocher T, Hoff C, DeCarlo P. Can theory help in HIV prevention. *Cent AIDS Prev CAPS Univ Calif San Franc* Retrieved Sept. 1995;22:2005.
40. Reitman D, St Lawrence JS, Jefferson KW, Alleyne E, Brasfield TL, Shirley A. Predictors of African American adolescents' condom use and HIV risk behavior. *AIDS Educ Prev.* 1996;
41. OMS Bureau régional pour l'Europe, BZgA. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes. Lausanne; 2013 p. 70.
42. Sexuality Education [Internet]. [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2390-sexuality-education>
43. Code de l'éducation - Article L121-4-1. Code de l'éducation.
44. Code de l'éducation - Article L312-16. Code de l'éducation.
45. Code de la santé publique - Article L2312-2. Code de la santé publique.
46. Éducation à la sexualité - Les enjeux de l'éducation à la sexualité - Éduscol [Internet]. [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html>
47. Svenson GR. European guidelines for youth AIDS peer education. [Department of Community Medicine (Samhällsmedicinska institutionen), Lund Univ.; 1998.
48. Monter un projet d'éducation pour la santé par les pairs | Crips Ile-de-France [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.lecrisp-idf.net/miscellaneous/monter-projet-education-sante-pairs.htm>
49. Trindade-Chadeau A. L'éducation pour la santé par les pairs : une autre façon de prendre sa place dans la société. *Cah L'action.* 2014;(43):7-8.
50. Arnault E. PRÉVENTION PAR LES PAIRS : L'EXPÉRIENCE DES ETUDIANTS RELAIS SANTÉ DU SUMPPS DE TOURS [Internet]. 2011; Université de Tours. Disponible sur: https://santepublique.med.univ-tours.fr/wp-content/uploads/2011/08/images_reunions_SP_2012_Prevention%20par%20les%20pairs.pdf

51. Lewin K. Group decision and social change. *Read Soc Psychol.* 1947;3(1):197–211.
52. Bernard B. Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *J Manag Stud.* 1 sept 2004;41(6):977-1002.
53. Damon W. Peer education: The untapped potential. *J Appl Dev Psychol.* 1 oct 1984;5(4):331-43.
54. Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI). Qu'est-ce que l'éducation par groupes de pairs ? [Internet]. 2014 [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/archives/educational_resources/domino/Domino_4_fr.asp#P57_5733
55. King SPH Ross. domino. Council of Europe; 112 p.
56. Turner G, Shepherd J. A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Educ Res.* 1 avr 1999;14(2):235-47.
57. Rhodes T. HIV outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. 1994;(53):92-9.
58. Billie J, Lindsey EdD C. Peer Education: A Viewpoint and Critique. *J Am Coll Health.* 1 janv 1997;45(4):187-9.
59. Abdi F, Simbar M. The Peer Education Approach in Adolescents- Narrative Review Article. *Iran J Public Health.* nov 2013;42(11):1200-6.
60. Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *J Exp Soc Psychol.* 1 sept 1986;22(5):453-74.
61. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1 déc 1991;50(2):179-211.
62. Moshki M, Zamani-Alavijeh F, Mojadam M. Efficacy of Peer Education for Adopting Preventive Behaviors against Head Lice Infestation in Female Elementary School Students: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 [cité 8 mars 2018];12(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5224824/>
63. Montanaro EA, Bryan AD. Comparing theory-based condom interventions: health belief model versus theory of planned behavior. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* oct 2014;33(10):1251-60.
64. Jessor R, Van Den Bos J, Vanderryn J, Costa FM, Turbin MS. Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Dev Psychol.* 1995;31(6):923.
65. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull.* mai 1992;111(3):455-74.
66. Fisher JD, Fisher WA, Misovich SJ, Kimble DL, Malloy TE. Changing AIDS risk behavior: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* mars 1996;15(2):114-23.

67. John SA, Walsh JL, Weinhardt LS. The Information–Motivation–Behavioral Skills Model Revisited: A Network–Perspective Structural Equation Model Within a Public Sexually Transmitted Infection Clinic Sample of Hazardous Alcohol Users. *AIDS Behav.* 2017;21(4):1208–18.
68. Hart R. Children’s participation: from tokenism to citizenship. 1992;(4).
69. Jacquez Farrah, Vaughn Lisa M., Wagner Erin. Youth as Partners, Participants or Passive Recipients: A Review of Children and Adolescents in Community-Based Participatory Research (CBPR). *Am J Community Psychol.* 21 juin 2012;51(1–2):176–89.
70. Rhodes SD, Vissman AT, Stowers J, Miller C, McCoy TP, Hergenrather KC, et al. A CBPR partnership increases HIV testing among men who have sex with men (MSM): outcome findings from a pilot test of the CyBER/testing internet intervention. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ.* juin 2011;38(3):311–20.
71. Un exemple d’intervention de pairs au Québec : l’intervention par les pairs investit la promotion de la santé | Le Bloc-Notes [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.leblocnotes.ca/node/4809>
72. Milburn K. A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Educ Res.* déc 1995;10(4):407–20.
73. Hubault M, Santolini J. Lutte contre le sida : une jeunesse actrice de sa prévention. *Cah L’action.* 2014;(43):33–9.
74. The NOPE International Institute. Intro. to peer education (2) [Internet]. 03:16:37 UTC [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.slideshare.net/NopeInstitute/intro-to-peer-education-2>
75. Tolli MV. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Educ Res.* 1 oct 2012;27(5):904–13.
76. Jaworsky D, Larkin J, Sriranganathan G, Clout J, Janssen J, Campbell L, et al. Evaluating Youth Sexual Health Peer Education Programs: Challenges and Suggestions for Effective Evaluation Practices. *J Educ Train Stud.* 20 mars 2013;1(1):227–34.
77. Peer Education: Promoting Healthy Behaviors [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/444-peer-education-promoting-healthy-behaviors#references>
78. ONUSIDA. Education par les pairs et VIH/SIDA : Concepts, utilisations et défis [Internet]. Genève; 2000 p. 46. (Meilleures pratiques de l’ONUSIDA). Disponible sur: http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc291-peereduc_fr.pdf
79. O’Neill M. L’efficacité de la promotion de la santé [Internet]. INPES; 2004 p. 35. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/colloque_031204/Synthese.pdf
80. La promotion de la santé sexuelle [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.catie.ca/fr/vih-canada/4/4-2/4-2-3/4-2-3-1>
81. Alford S. Peer Programs: Looking at the Evidence of Effectiveness, a Literature Review. Washington, DC: Advocates for Youth. 2011;

82. Creating a Strong & Successful Peer Sexual Health Program [Internet]. [cité 4 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/1855-creating-a-strong-a-successful-peer-sexual-health-program>
83. Youth Peer Education Network. Standards for Peer Education Programmes. Youth Peer Education Toolkit. FHI360; 2005 p. 88.
84. Grand ÉL. L'éducation pour la santé par les pairs dans les débats actuels. Cah L'action. 2014;(43):23-9.
85. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB, Community-Campus Partnerships for Health. Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research. Educ Health Abingdon Engl. 2001;14(2):182-97.
86. Shiner M. Defining peer education. J Adolesc. 1 août 1999;22(4):555-66.
87. Shiner M, Newburn T. Young people, drugs and peer education: an evaluation of the Youth Awareness Programme (YAP). Home Office London.; 1996.
88. Peer education [Internet]. UNICEF. [cité 21 mai 2018]. Disponible sur: https://www.unicef.org/lifeskills/index_12078.html
89. Ferrara M, Langiano E, Vito ED. A school based community randomized trial of the effect of peer health education on primary prevention knowledge, attitude and behaviours towards HPV among adolescents. Ital J Public Health [Internet]. 10 mai 2012 [cité 19 avr 2018];9(1). Disponible sur: <https://ijphjournal.it/article/view/5625>
90. Levine D. Using Technology, New Media, and Mobile for Sexual and Reproductive Health. Sex Res Soc Policy. 1 mars 2011;8(1):18-26.
91. Bailey JV, Murray E, Rait G, Mercer CH, Morris RW, Peacock R, et al. Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. Cochrane Database Syst Rev. 8 sept 2010;(9):CD006483.
92. Baumann E, Czerwinski F, Reifegerste D. Gender-Specific Determinants and Patterns of Online Health Information Seeking: Results From a Representative German Health Survey. J Med Internet Res. 4 avr 2017;19(4):e92.
93. Higgins O, Sixsmith J, Barry M, Domegan C. A literature review on health information-seeking behaviour on the web : a health consumer and health professional perspective. 2011;
94. Hayat TZ, Brainin E, Neter E. With Some Help From My Network: Supplementing eHealth Literacy With Social Ties. J Med Internet Res. 30 mars 2017;19(3):e98.
95. Beck F, Nguyen-Thanh V, Richard J-B, Heard D, Renahy E. Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans [Internet]. Inpes Editions; 2013. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Usage-Internet-pour-sante-15-30-ans.pdf>
96. Secretariat d'Etat Numérique. Baromètre du numérique 2017 [Internet]. 2017 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://laboratoire.agencedunumerique.gouv.fr/wp-content/uploads/sites/2/2017/11/Baromc3a8tre20du20Numc3a9rique20-Prc3a9sentation20conf20de20presse2027nov2017.pdf>

97. Yonker LM, Zan S, Scirica CV, Jethwani K, Kinane TB. "Friending" Teens: Systematic Review of Social Media in Adolescent and Young Adult Health Care. *J Med Internet Res* [Internet]. 5 janv 2015 [cité 25 mars 2018];17(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376201/>
98. Jones K, Eathington P, Baldwin K, Sipsma H. The impact of health education transmitted via social media or text messaging on adolescent and young adult risky sexual behavior: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis*. juill 2014;41(7):413–9.
99. Capurro D, Cole K, Echavarría MI, Joe J, Neogi T, Turner AM. The Use of Social Networking Sites for Public Health Practice and Research: A Systematic Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 14 mars 2014 [cité 25 mars 2018];16(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3971364/>
100. Loss J, Lindacher V, Curbach J. Online social networking sites-a novel setting for health promotion? *Health Place*. mars 2014;26:161–70.
101. Bluzat L, Kersaudy-Rahib D, Fourès J-M, Faget N. Place et rôle d'Internet dans l'éducation par les pairs : l'exemple Onsexprime.fr. *Cah L'action*. 2014;(43):59–68.
102. Walker SA, Avis M. Common reasons why peer education fails. *J Adolesc*. août 1999;22(4):573–7.
103. Harden A, Oakley A, Oliver S. Peer-delivered health promotion for young people: a systematic review of different study designs. *Health Educ J*. 2001;60(4):339–353.
104. Récentes évaluations de l'approche d'éducation par les pairs à la santé sexuelle des adolescents: revue systématique [Internet]. Guttmacher Institute. 2016 [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/fr/journals/ipsrh/2009/12/recentes-evaluations-de-lapproche-deducation-par-les-pairs-la-sante-sexuelle>
105. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. févr 2009;100(1):Suppl I8-14.
106. Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Cooper C, et al. Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *J Epidemiol Community Health*. 10 sept 2013;jech-2013-202869.
107. Oakley A, Strange V, Bonell C, Allen E, Stephenson J. Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *BMJ*. 18 févr 2006;332(7538):413–6.
108. Evaluation des interventions complexes en santé | Factuel [Internet]. [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: <http://factuel.univ-lorraine.fr/node/895>
109. Dupin CM, Breton É, Kivits J, Minary L. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé Publique*. 31 déc 2015;27(5):653–7.
110. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. *Evaluation: A Systematic Approach*. SAGE Publications; 2003. 562 p.
111. Kim CR, Free C. Recent Evaluations of the Peer-Led Approach in Adolescent Sexual Health Education: A Systematic Review. *Perspect Sex Reprod Health*. 1 sept 2008;40(3):144–51.

112. Layzer C, Rosapep L, Barr S. A Peer Education Program: Delivering Highly Reliable Sexual Health Promotion Messages in Schools. *J Adolesc Health*. 1 mars 2014;54(3, Supplement):S70-7.
113. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. févr 2002;56(2):119-27.
114. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*. 2008;337:a1655.
115. Al-Iryani B, Basaleem H, Al-Sakkaf K, Kok G, van den Borne B. Process evaluation of school-based peer education for HIV prevention among Yemeni adolescents. *Sahara J*. mars 2013;10(1):55-64.
116. Backett-Milburn K, Wilson S. Understanding peer education: insights from a process evaluation. *Health Educ Res*. 1 févr 2000;15(1):85-96.
117. Champagne F, Contandriopoulos A-P, Brousselle A, Hartz Z, Denis J-L. 2. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. In: Champagne F, éditeur. *L'évaluation : concepts et méthodes* [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 26 mai 2018]. p. 49-70. (Paramètres). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/6300>
118. Flay BR. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Prev Med*. sept 1986;15(5):451-74.
119. Bailey J, Mann S, Wayal S, Hunter R, Free C, Abraham C, et al. Sexual health promotion for young people delivered via digital media: a scoping review [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015 [cité 12 déc 2017]. (Public Health Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK326984/>
120. O'Hara P, Messick BJ, Fichtner RR, Parris D. A Peer-Led AIDS Prevention Program for Students in an Alternative School. *J Sch Health*. 1 mai 1996;66(5):176-82.
121. Beshers SC. A Case Study of Peer Educators in a Community-Based Program to Reduce Teen Pregnancy. *Am J Sex Educ*. 8 mai 2007;2(2):97-115.
122. What Is Peer Education | YEAH Aware [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.yeah.org.au/hub/what-is-peer-education/>
123. UNESCO. International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. 2009.
124. Sun WH, Miu HYH, Wong CKH, Tucker JD, Wong WCW. Assessing Participation and Effectiveness of the Peer-Led Approach in Youth Sexual Health Education: Systematic Review and Meta-Analysis in More Developed Countries. *J Sex Res*. 2 janv 2018;55(1):31-44.
125. Bailey JV, Pavlou M, Copas A, McCarthy O, Carswell K, Rait G, et al. The Sexunzipped Trial: Optimizing the Design of Online Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res* [Internet]. 11 déc 2013 [cité 2 mai 2018];15(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868980/>
126. Murray E, Khadjesari Z, White IR, Kalaitzaki E, Godfrey C, McCambridge J, et al. Methodological Challenges in Online Trials. *J Med Internet Res* [Internet]. 3 avr 2009 [cité 2 mai 2018];11(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762798/>

127. Bull SS, Lloyd L, Rietmeijer C, McFarlane M. Recruitment and retention of an online sample for an HIV prevention intervention targeting men who have sex with men: the Smart Sex Quest Project. *AIDS Care*. nov 2004;16(8):931-43.

Résumé

L'adolescence représente une période de vie cruciale de transitions où les préoccupations voient le jour, notamment en matière de santé sexuelle. Le passage à l'âge adulte marque alors l'entrée dans la sexualité et l'apparition de diverses préoccupations (sexualité, puberté, image du corps, reconfigurations sociales, relations amicales et amoureuses). La santé sexuelle, état de bien-être social, mental et physique dans le domaine de la sexualité, se positionne alors au-delà d'une simple absence de maladies sexuellement transmissibles ou de grossesses non désirées. La promotion de la santé sexuelle chez les jeunes est donc primordiale pour éviter ou réduire la morbidité et la mortalité liées à des comportements sexuels à risque, mais aussi pour appréhender la sexualité de façon globale et positive.

Pour cela, l'éducation à la santé sexuelle a pour ambition d'apporter aux jeunes des informations fiables et valides, développant ainsi des connaissances et des compétences en vue d'adopter sur du long terme des comportements favorables. Mais la seule connaissance ne suffit pas pour obtenir un résultat. Passer de la connaissance à l'action nécessite un processus qui a pour but de rendre le sujet acteur de son changement, c'est-à-dire de sa capacité à être autonome (empowerment). Les modèles interactifs favorisant la construction partagée de savoirs par échanges d'informations et d'expériences de santé créant du lien social seraient plus effectifs, en particulier chez les jeunes.

En cela, l'EPP correspond à une approche éducationnelle sollicitant des pairs (personnes de même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour transmettre de l'information et mettre en avant des types de comportements et des valeurs. Ce modèle alternatif aux stratégies d'éducation classiques aurait un impact plus grand que d'autres influences et les modèles de recherche d'information se voient alors modifiés. Elle est définie comme un système de transmission de connaissances qui améliore l'apprentissage social et fournit un soutien psychosocial indéniable. L'éducation en santé ne doit donc pas se concevoir selon une pensée unique d'apprentissage, mais davantage dans une diversité de stratégies interventionnelles complémentaires auprès des différentes populations. L'EPP en santé sexuelle place les jeunes en tant qu'acteurs de leur propre éducation, favorisant leur autonomisation, ou plus communément leur « empowerment », pour les jeunes et par les jeunes.

Dans quelle mesure l'EPP s'inscrit dans une démarche éducative à part entière et complémentaire aux systèmes traditionnels et comment celle-ci peut-elle s'appliquer aux adolescents et jeunes adultes ? L'objectif principal de notre étude est d'analyser le concept d'EPP, en observant ses évolutions et en

discutant des outils déployés et des perspectives pouvant apporter au jeune les clés de son autonomisation.