



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Institut de médecine
sociale et préventive



Maitrise d'études avancées
en Santé publique (MAS)

Développer une posture de promotion de la santé chez les étudiants
Bachelor en soins infirmiers en élaborant un projet de promotion de
santé avec une population

Mémoire pour l'obtention de la
Maîtrise d'études avancées en Santé publique
(Master of Advanced Studies in Public Health)

de l'Université de Genève

MARIE-NOËLLE QUINODOZ- KERSPERN

Session 2006-2009

Novembre 2011

CMU - 1 rue Michel-Servet - CH-1211 Genève 4

Tél. 022 379 04 61 - Fax 022 379 04 52

www.unige.ch/medecine/imsp



SOMMAIRE

INTRODUCTION

INTRODUCTION GENERALE

1. Contexte	
1.1. Le module d'enseignement concerné	1
1.2. Le Bachelor en Soins infirmiers	2
1.3. La promotion de la santé dans le référentiel de compétences	4
1.4. Un projet de promotion de santé avec la participation d'une population	5
1.5. But de ce travail	6
2. Problématique	7
2.1. La promotion de la santé	7
2.1.1. Un concept multi défini, parfois pas défini	7
2.1.2. Un axe idéologique	9
2.1.3. Un axe pragmatique	15
2.1.4. La théorie de la promotion de la santé	17
2.1.5. Résumé	21
2.2. Recension des écrits	22
2.2.1. Intégration de la PS dans la pratique des soins infirmiers	23
2.2.2. Intégration de la PS dans la formation de base des soins infirmiers	26
2.2.3. Synthèse de la recension des écrits	31
2.3. Intégration actuelle de la PS dans le programme Bachelor à la Heds santé de Fribourg	32
2.4. La posture de promotion de santé : variable dépendante	33
2.4.1. L'attitude	34
2.4.2. Rôle de l'attitude	35
2.4.3. Les trois composantes de l'attitude	36
2.4.4. A propos des attitudes	38
2.5. Le scénario pédagogique : variable indépendante	40
2.5.1. La tâche des étudiants : Elaborer, par groupe, un projet de PS	40
2.5.2. Le dispositif pédagogique	42
2.5.3. Mise au point	45
2.6. Question de recherche	46
2.7. Cadre conceptuel	47

METHODOLOGIE

1. Terrain de recherche et population d'étude	48
2. Collecte de données	48
2.1. La méthode du questionnaire dans le domaine des attitudes	48
2.2. Elaboration des items	49
2.3. Administration du questionnaire	51
2.4. Construction du questionnaire	51
3. Validation du questionnaire	52
3.1. La fiabilité	53
3.2. La validité	53
3.3. La sensibilité au changement	58

4. Instrument d'analyse et traitement des données	58
RESULTATS ET ANALYSE	
1. Score total de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé	58
1.1. Description et hypothèses pour la comparaison des observations	58
1.2. Comparaison des observations	62
2. Le score total de chaque composante cognitive, affective et conative	63
2.1. Description des observations aux trois temps	63
2.2. Comparaison des moyennes	66
2.2.1. Entre les temps T0 et T2	67
2.2.2. Les facteurs prédictifs	68
3. Le score aux items	73
3.1. Entre le temps 0 et le temps 2	73
3.2. Etat de la situation au temps 2	77
DISCUSSION	
1. Résultats en regard des éléments théoriques	81
1.1. Résultats du score total de l'attitude	82
1.2. Résultats dans les trois composantes	82
1.3. Les scores dans les items	86
2. Réponse à la question de recherche	88
3. Limites	89
3.1. L'échantillonnage	89
3.2. Les limites statistiques	89
3.3. Validité de construit	90
3.4. Validité interne	91
3.5. Validité externe	91
3.6. Limites du résultat	91
CONCLUSION	92
Recommandations	93
Challenge 2012	95
BIBLIOGRAPHIE	96
Annexes	102
Table des illustrations	123
Table des matières	127

INTRODUCTION

Dans le but de développer une posture de promotion de la santé, les étudiants de la Heds santé de Fribourg, en troisième année Bachelor, élaborent un projet dans un module de cinq semaines, avec une population de leur choix dans un setting de leur choix. Infirmière de santé publique avec une formation universitaire dans le domaine de la psychologie sociale et des sciences de l'éducation, enseignant le domaine de la promotion de la santé à la Heds santé de Fribourg, tous les ingrédients sont réunis pour inscrire cette étude dans le domaine des attitudes, à l'égard de la promotion de la santé, acquises dans le cadre d'un scénario pédagogique.

De plus, un nouveau plan d'étude cadre pour les formations de la santé prévu pour 2012, pour les Hautes Ecoles Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), donnera l'opportunité aux professeurs de produire un nouveau curriculum qui inscrira les compétences de l'infirmière en sept rôles dont celui de promoteur de la santé. Le but de ce travail est donc de questionner si les étudiants à l'aide du scénario pédagogique mis en place, développent bien une posture de promotion de santé pour permettre la mise en œuvre du rôle promoteur de santé de l'infirmière.

Une première partie présente le concept de promotion de la santé défini au sens de la charte d'Ottawa (1986) c'est-à-dire un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci, et présenté selon deux axes, l'un idéologique et l'autre pragmatique. Le concept d'attitude, qui est ici synonyme de la posture, est présenté avec ses trois composantes cognitive, affective et conative. Et le scénario pédagogique contenant l'élaboration du projet et le dispositif pédagogique est décrit.

Une recension des écrits à propos de l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique infirmière et dans les curricula des formations de base en soins infirmiers est effectuée. Elle dit que la promotion de la santé dans le domaine des soins infirmiers n'est pas clairement définie. Les infirmières sont persuadées qu'elle fait partie de leur rôle et elles ont une attitude positive à son égard mais elles ne savent pas comment l'intégrer et appliquer ses principes. Dans la pratique professionnelle le concept général est la plupart du temps mal compris. Il y a souvent une confusion avec l'éducation à la santé qui est centrée sur le changement de comportement individuel et avec la prévention qui se situe

dans un paradigme santé /maladie. Un obstacle nommé est l'omniprésence du modèle biomédical qui prend trop de place dans le paradigme de la promotion de la santé. Cette problématique se répercute chez les étudiants qui directement influencés par les pratiques de l'équipe des soignants ont des difficultés à identifier des opportunités pour l'exercer. Au niveau de la formation, les études montrent que des modules spécifiques à la promotion de la santé intégrés dans le curriculum sont nécessaires, que l'apport seul de connaissances ne suffit pas, et que l'approche avec les populations réelles est celle qui permet le mieux de comprendre le concept général de promotion de santé.

Tenant compte de cette problématique nous présentons dans une deuxième partie la création et la validation d'un questionnaire de 31 items mesurant l'attitude à l'aide d'une échelle de Likert à cinq modalités.

Une troisième partie décrit les résultats des tests statistiques qui ont permis de mesurer et de comparer les scores totaux, les scores de chacune des composantes cognitive, affective et conative, les scores des items, à propos de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé, au début du module, à la fin de la troisième semaine et deux semaines après. Les résultats ont permis de montrer l'évolution de la posture de promotion de santé des étudiants au cours des cinq semaines, de valider l'effet du scénario pédagogique mis en place pendant ce module sur la posture, d'identifier des facteurs qui influencent les composantes cognitives, affectives et conatives de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé.

Une quatrième partie présente la discussion à propos des résultats en regard des éléments théoriques et de la problématique. Elle répond à la question de recherche et pose quelques limites notamment méthodologiques.

Une dernière partie conclue par des recommandations qui favorisent le développement d'une posture de promotion de santé au sens de la charte d'Ottawa pour permettre la mise en œuvre du rôle promoteur de santé de l'infirmière.

INTRODUCTION GENERALE

1. Le contexte.

En tant qu'enseignante dans une Haute école de santé nous voyons, tant auprès des étudiants¹ que des collègues, qu'il est difficile d'intégrer le domaine de la promotion de la santé dans le rôle professionnel de l'infirmière². En théorie cela semble aller de soi car les cours tout au long de la formation Bachelor en Soins infirmiers, contiennent des notions de promotion, de prévention, d'éducation à la santé. Dans la pratique ces notions semblent plutôt appliquées en rapport à la maladie ou aux comportements responsables de l'apparition de maladies. Et bien que les étudiants arrivent dans leur troisième année avec une représentation sociale de la santé relativement riche, variée et plutôt globale, celle de la promotion de la santé appartient, dans les dires, pour la plupart d'entre eux, au domaine de la responsabilité individuelle dans les comportements et à celui de la politique dans les lois pour protéger les citoyens.

Notre challenge consiste donc à développer chez les étudiants, durant un module de cinq semaines en troisième année de la formation Bachelor, une posture qui les amène à développer, ou qui soit la conséquence du développement, des compétences reposant sur les principes de la promotion de santé.

1.1. Le module d'enseignement concerné.

Ce module intitulé « Conceptualiser une posture de promotion de santé en élaborant un projet de promotion et/ou de prévention en santé » existe sous la même forme pédagogique depuis 2006. Chaque année des groupes de trois à cinq étudiants travaillent sur une thématique de santé avec une population « saine » et un environnement qu'ils ont choisis.

Le projet consiste à échanger, avec la population concernée, sur un problème de santé à partir du recueil de leurs besoins et de leurs ressources et d'identifier avec eux des pistes d'action visant des changements, qui soient réalisables sur le plan individuel et/ou collectif.

¹ Étudiant, employé au masculin, il englobera également le féminin tout au long de cette étude

² Infirmière, employé au féminin, il englobera également le masculin tout au long de cette étude

Pour les étudiants le projet s'arrête ici. Ils n'entrent donc pas dans l'étape du projet qui consiste à planifier des interventions et à les mettre en œuvre. Pour la population le projet peut s'arrêter ici mais souvent il est repris par l'institution ou la population dans laquelle il a été élaboré.

Les thèmes sont très variés, ils touchent des problèmes actuels de santé publique dans des comportements, par exemple, face à l'alcool, au tabac, l'alimentation ... des environnements qui agissent sur la santé, par exemple, le travail de nuit, la formation, l'ergonomie, ... ils peuvent aussi toucher des populations qui ont des besoins en santé bien spécifiques comme les adolescents, les enfants de 1^{ère} année primaire, les hommes entre 45 et 65 ans,...

Aujourd'hui 64 projets (cf. annexe 1) ont permis à 64 groupes d'étudiants de rencontrer entre 2006 et 2011, une population avec laquelle ils ont échangé et construit des pistes d'actions pour répondre à leurs besoins de santé. Pédagogiquement, l'importance est mise sur la démarche et les stratégies mises en place pour favoriser la participation de la population au projet et non sur les résultats. Autrement dit, le projet représente l'objet qui va déclencher la conceptualisation de la posture spécifique à la promotion de la santé.

Notre question au départ est donc : Est-ce que les étudiants, au cours de ce module, développent vraiment une posture de promotion de la santé ?

Afin de mieux comprendre l'importance de développer chez les étudiants en soins infirmiers une conception actualisée de la promotion de santé nous inscrirons ce module d'enseignement dans la formation Bachelor, dans le référentiel de compétences et nous montrerons l'importance de la notion de participation comme élément déclencheur à la posture de promotion de la santé.

1.2. Le Bachelor en Soins infirmiers

Dans le cadre des accords de Bologne³ la Suisse n'a pas échappé à l'importante réforme qui l'a conduite dès 1999 à mener une harmonisation de sa structure de l'enseignement

³ Pour les HES les Chambres fédérales ont adopté le texte concernant le processus de Bologne le 17 décembre 2004 (art.4). La mise en place des principes de l'accord de Bologne dans les HES a réellement démarré en 2004. Toutes les filières travaillent ensemble afin d'harmoniser au mieux leurs pratiques.

supérieur sur deux cycles d'études, Bachelor et Master. Intégrée dans la HES-SO⁴ notre école de soins infirmiers est devenue en 2003, la « Haute école de santé Fribourg » et les premières infirmières HES ont reçu leur diplôme en 2006.

Le curriculum, à Fribourg, a été construit à partir de situations emblématiques au sens épidémiologique et apportées par les professionnels du terrain. Il est, aujourd'hui, articulé en modules sur trois ans pour l'obtention du titre « Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers ». Il s'appuie sur le Plan d'Etude Cadre 2006 (PEC version 2008) pour la filière Soins infirmiers de toute la HES-SO.

Ce PEC contient le concept général de la filière avec le référentiel de neuf compétences professionnelles, les principes pédagogiques et didactiques, les axes de formation, la formation pratique et le travail de bachelor. Un deuxième chapitre pose la structure des études. Un troisième définit la mobilité et l'internationalisation. Un quatrième pose la qualité.

Le curriculum sera repensé car un nouveau PEC, uniformisant les compétences dans les professions de la santé, niveau Bachelor et Master, est en cours d'élaboration et prévu pour 2012. D'après le projet (HES-SO, 2010) il intégrera des axes de développement comme Gestion par la qualité, Evidence Based Nursing, Clinical assessment, Sciences infirmières, le E-learning,...et intégrera les exigences nationales notamment le référentiel de compétences KFH⁵ (Ledergerber, Mondoux & Sottas, 2009) qui pour les soins infirmiers dégage les compétences spécifiques en sept rôles dont celui de « promoteur de la santé (Health Advocate) ».

L'opportunité se présente donc pour questionner les contenus et la pédagogie concernant le domaine de l'enseignement de la promotion de la santé dans le programme Bachelor.

⁴ Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud signent un concordat en janvier 1997, entré en vigueur en mai 1999, pour créer la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO).

⁵ Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisse

1.3. La promotion de la santé dans le référentiel de compétences

Dans le curriculum d'aujourd'hui, les neuf compétences⁶ sont développées sur trois niveaux progressifs selon le modèle de Le Boterf (2002) c'est-à-dire à un niveau de « maîtrise professionnelle partielle », puis « maîtrise professionnelle affirmée » et enfin à un niveau « d'expertise ».

Bien qu'elles soient toutes, plus ou moins, présentes dans chaque module et chacune des formations pratiques, la compétence trois « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé » est particulièrement traitée dans le champ de la promotion de la santé dans un module de cinq crédits ECTS en première année intitulé « Stress, santé au travail et promotion de la santé » ainsi qu'un module de dix crédits ECTS en dernière année dans lequel les étudiants élaborent un projet de prévention et/ou de promotion de la santé pour leur permettre d'acquérir une posture de promotion de la santé qui s'intègre dans le quotidien du rôle professionnel.

Les étudiants arrivent donc en troisième année avec un bagage de connaissances et d'expériences, du domaine de la promotion de la santé, accumulées tout au long de la formation, soit en cours, soit en stage.

Dans ce module il est demandé aux étudiants d'élaborer avec une population un projet de promotion de santé et/ou de prévention dans lequel des stratégies sont mises en place pour favoriser la participation et le sentiment de la population d'être partie prenante du projet. La notion de participation est prioritaire car elle est fondamentale dans la définition de la promotion de la santé de la charte d'Ottawa. Nous considérons que si la participation de la population n'est pas présente alors la posture de promotion de la santé n'est pas présente.

⁶ 1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins. 2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires. 4. Evaluer ses prestations professionnelles. 5. Contribuer à la recherche en soins et en santé. 6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé. 7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire. 8. Participer aux démarches qualité. 9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome.

1.4. Un projet de promotion de santé avec la participation d'une population

Susciter la participation d'une population à une réflexion sur une thématique de santé qui la concerne dans le but de la rendre actrice de sa santé demande d'emblée une attitude positive à l'égard du concept de promotion de santé.

1.4.1. Trois mois avant le début du module

Partant de l'hypothèse que les étudiants intègrent plutôt ce concept dans le cadre du paradigme biomédical et peu, voir pas du tout, dans le cadre du paradigme de la charte d'Ottawa, il est difficile pour eux d'envisager et de planifier des stratégies qui favorisent cette participation. C'est pourquoi, nous les mettons en projet trois mois avant, par groupes, dans le cadre du scénario pédagogique, pour définir leur thématique.

Trois mois avant le début des cours de ce module les étudiants reçoivent une information documentée sur le but de ce module, qui est de conceptualiser une posture de promotion de la santé en concevant un projet de promotion et/ou de prévention en santé. Nous leur expliquons que la démarche consiste à identifier une problématique de santé publique dans un contexte particulier et à proposer **avec** (nous insistons sur ce terme) la population concernée des pistes susceptibles d'amener à un/des changement/s souhaitable/s et réalisable/s du point de vue de la santé ou du bien-être.

Des exemples de thèmes de projets des années passées leur sont donnés (cf. annexe 1). Dans ces trois mois, ils identifient une situation qui questionne d'un point de vue santé ou bien-être et une population concernée. Puis ils envisagent un setting⁷ dans lequel ils vont pouvoir rencontrer cette population. Le choix du projet va donc fortement dépendre de l'accessibilité au setting se traduisant par un accord de l'institution et de la communauté avec laquelle le groupe souhaite travailler.

⁷ Terme anglais (en français : cadre de vie) utilisé dans la promotion de la santé signifie un lieu ou un contexte social dans lequel des êtres humains accomplissent leurs tâches quotidiennes et au cours desquelles des facteurs environnementaux, organisationnels et personnels agissent conjointement et influencent la santé et le bien-être."(OMS, Health Promotion Glossary,1998, p. 19)

1.4.2. La démarche qui conduit les projets

Le jour J du début du module la démarche de l'élaboration des projets est présentée. Elle se déroule en cinq étapes qui sont l'identification d'un contexte de départ, l'analyse des besoins avec la population concernée, la formulation d'objectif/s, l'établissement d'un plan d'action et le regard critique sur le projet et la relation au thème dans la conception du rôle professionnel. Les projets s'arrêtent au plan d'action et leur concrétisation est transmise, dans la mesure du possible, à une personne significative du setting qui pourra faire suite.

Pour permettre cette démarche professionnelle nous centrons nos intentions pédagogiques des deux premières semaines sur la compréhension du contexte de leur projet en récoltant des données d'ordre général pour décrire la thématique de santé, la population et l'environnement concernés et construire un outil basé sur les déterminants de la santé qui va permettre de recueillir les besoins et ressources de leur population dans leur environnement.

Peu importe l'outil choisi, il est demandé, pour favoriser la participation de la population, de les rencontrer lors de la récolte de ces données. Puis la troisième semaine les groupes catégorisent leurs données et les présentent sous forme de schémas. La quatrième semaine environ il est demandé de rencontrer la population concernée pour échanger et identifier à partir des schémas un objectif et un plan d'action visant la santé ou le bien être pour l'individu et/ou le groupe.

Ce scénario se déroule d'autant mieux que la participation de la population concernée est élevée. En effet, la didactique de tout le module s'inscrit dans une démarche de conduite de projet axée sur une approche populationnelle, ce qui implique une attitude favorisant l'empowerment et un « bon » niveau de participation de la population concernée par la thématique afin que celle-ci acquiert davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

1.5. But de ce travail

Nous aimerions mesurer la posture de promotion de la santé des étudiants et savoir si ce dispositif pédagogique mis en place dans ce module permet de faire évoluer l'attitude des étudiants en soins infirmiers à l'égard de la promotion de la santé. Et c'est, notamment, en

développant des stratégies qui amènent les étudiants à mieux comprendre le concept de promotion de la santé pour mieux l'expérimenter avec une population concernée par une thématique de santé que nous viserions une évolution dans leur attitude à l'égard non seulement de la promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa mais aussi en vue de le transférer dans leur rôle professionnel.

2. Problématique

Lorsque nous présentons le contexte de ce travail nous parlons de la promotion de la santé comme si il y en avait plusieurs : celle que les étudiants apprennent en cours de formation, celle qu'ils exercent dans le domaine des soins et celle que nous pensons qu'ils développent au contact d'une population. S'agit-il du même concept ?

2.1. La promotion de la santé

Le concept de promotion de santé peut se décliner en quatre catégories (Longtin et al, 2006) : en tant que but ultime, finalité visant la santé et le bien-être, en tant qu'objectif en agissant sur les déterminants de la santé de nature individuelle, environnementaux et globaux, en tant que processus avec notamment le concept d'empowerment et en tant qu'activité se référant en grande partie à l'éducation à la santé.

La promotion de la santé au sein de la discipline infirmière représenterait donc à la fois une finalité, un processus dynamique, une stratégie et un contenu. Autant dire que les compétences professionnelles qui recouvrent l'entier de ce concept doivent être riches et variées. Il est donc nécessaire pour un novice d'avoir des points de référence pour comprendre dans quelles catégories s'inscrit la promotion de la santé et pour un expert de définir dans quelle catégorie de la promotion de la santé il inscrit sa pratique.

2.1.1. Un concept multi défini, parfois pas défini

Dans une revue détaillée des écrits étudiant l'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière, Longtin et al (2006) ont recensé la littérature francophone et anglophone publiée entre 1980 et 2005 à ce sujet. Plus de la moitié des textes retenus ne

comportent pas d'énoncé formel de définition de la promotion de la santé et jusqu'à vingt huit définitions distinctes sont relevées dans les autres restants.

La plus citée est celle de l'OMS qui la nomme dans la Charte d'Ottawa (1986) comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Deux fréquemment nommées sont celle de Brubaker qui en 1983 proposait un changement des habitudes de vie et de l'environnement pour obtenir un niveau élevé de bien-être et celle de Pender (1996) qui ajoute aux notions de processus et de bien-être la notion d'actualisation de soi (self-realization).

Il est intéressant de relever que les auteurs notent encore que la définition de Green et Kreuter (2005) souvent nommée dans les études du domaine de la santé publique est très peu mentionnée dans les études du domaine infirmier. Ils définissent la promotion de la santé comme étant toute approche planifiée de type éducatif, politique, organisationnel qui soutient les actions et les conditions de vie conduisant à la santé des individus, des groupes et des communautés (traduction libre⁸). Par contre nous connaissons très bien Green et Kreuter dans la discipline infirmière pour leur modèle de planification PRECEDE-PROCEED.

Afin d'être plus au clair, O'Neil (2004) propose deux axes de définition, celui de la Charte d'Ottawa qui est idéologique, philosophique et un autre plus pragmatique qui pose la promotion de la santé comme *un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions*; ce qui va dans la lignée de Green et Kreuter.

Désignant à la fois une idéologie ou une philosophie et des actions visant à appliquer cette idéologie, O'Neill (1998) pense que la juxtaposition de ces axes est une source d'ambiguïté qu'il a pu constater au Québec et qui est sûrement présent ailleurs. Cette confusion qu'il appelle « Confusion Conceptuelle Chronique » empêcherait la promotion de la santé d'être un champ spécifique et légitime d'intervention professionnelle.

⁸ Définition de la promotion de la santé selon Green et Kreuter (2005): [...] any planned approach that can be educational (e.g., philosophical shift), political (e.g., policy reform), organizational (e.g., integrated practice model), and supports the actions and conditions of living conducive to the health of individuals, groups, and communities.

2.1.2. Un Axe idéologique

2.1.2.1. La Charte d'Ottawa

La Charte d'Ottawa a été en 1986, en quelque sorte, une réponse à la Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) qui posant les principes et les stratégies pour arriver à la santé pour tous, avait besoin d'une structure pour soutenir les activités qui constituent une pratique de promotion de santé (Whitehead, 2009, p 867). La charte d'Ottawa officialise le domaine de la promotion de la santé en clarifiant ses concepts clés, en définissant ses principes, en mettant en évidence les besoins et les ressources nécessaires à la santé et en posant les stratégies et les actions permettant de poursuivre la politique de la « Santé pour tous » de l'OMS. Ainsi dit J. Catford (2007), professeur en développement de la santé à l'Université Deakin à Melbourne, *Elle (la charte d'Ottawa) a déterminé et continuera à déterminer le destin du monde en matière de santé.*

Dans la littérature nous constatons que les experts du domaine de la promotion de la santé ne sont pas tous en accord avec le fait que la charte d'Ottawa représente la source du concept de la promotion de santé. Par exemple, pour O'Neill (1998, p 27) il s'agit simplement d'une reformulation moderne d'une ancienne approche de la santé publique qui n'est pas adaptée à cet axe idéologique ou philosophique et préférerait parler de « nouvelle santé publique » ou de « santé publique écologique ».

Alors que, H. Saan consultant en promotion de la santé aux Pays Bas (un de ceux ayant participé à l'élaboration de cette Charte) en tire trois points essentiels qui ont un impact sur la pratique de la promotion de santé (2007, p 42) : le premier est l'approche salutogénique, le deuxième sont les déterminants de la santé élargis aux facteurs politiques et le troisième point est l'ouverture de l'éducation à la santé au-delà de l'approche des comportements individuels, vers une vision plus globale de la santé qui tient compte des environnements social, économique, physique, psychique et politique.

Pour Deschamps (2003) la promotion de la santé définie dans la charte d'Ottawa a le mérite de formuler un objectif fondamental qui est d'aider les individus, les groupes, les

communautés à exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur les déterminants qui influent sur leur santé (p 314).

Depuis cette première conférence mondiale qui a donné lieu en 1986 à la charte d'Ottawa, six autres sont venues renforcer cette philosophie. La dernière date de 2009, elle a eu lieu au Kenya. Les deux les plus connues et auxquelles les auteurs se réfèrent, en plus de celle d'Ottawa, est la quatrième qui a abouti à la Déclaration de Jakarta (1997) et la sixième à la Charte de Bangkok (2005). L'une a permis de faire le point sur onze ans d'expérimentation des stratégies de promotion de santé et ont associé à cette réflexion le secteur privé. L'autre a pris en compte dans les stratégies de promotion de la santé les phénomènes de mondialisation et de développement durable.

Dans cet axe idéologique, la vision et les valeurs de la promotion de la santé sont très proches de celles véhiculées traditionnellement par les infirmières. Il est donc important qu'elles acceptent de devenir, bien davantage, des intervenantes majeures dans les débats de société autour des questions de santé ainsi que des participantes très significatives à la construction de champs interdisciplinaires comme celui de la promotion de la santé (O'Neill, 1999). Mais quelles sont ces valeurs et principes défendues dans la promotion de la santé ?

2.1.2.2. Les principes et valeurs de la promotion de la santé

Selon Durand (2005) qui explique dans la bioéthique de la santé les rapports entre valeurs, principes et règles, ces termes présentent trois niveaux de normativité⁹ où les valeurs se traduisent dans des principes et les principes s'opérationnalisent dans les règles (p164).

Le mot valeur désigne au pluriel les grands idéaux à poursuivre. Dans le domaine des interventions de promotion de la santé Massé (2003, p116) propose de justifier leurs finalités par des valeurs phares qui sont le respect de la vie en santé, la bienfaisance, le bien commun, la responsabilité paternaliste et la justice et de justifier leurs limites par des valeurs phares qui sont la solidarité, la responsabilité, le bien commun, la non-malfaisance,

⁹ Normativité dans le sens où les problèmes prioritaires, le choix des cibles, des méthodes et des stratégies d'intervention, la nature et l'ampleur des résultats, sont marqués consciemment ou inconsciemment par des normes implicites véhiculées par les divers acteurs impliqués. (Massé, 2003, p84)

l'autonomie, la vie privée, l'utilité et la précaution. Les valeurs en général sont nombreuses et stables, ce sont des croyances durables. Dans le cadre de l'enseignement de la promotion de la santé aux étudiants, il est donc important d'expliciter ces valeurs tant sur le plan personnel que professionnel.

Le mot principe désigne un postulat, une orientation. Il indique une marche à suivre, une attitude, un guide pour l'action, un souci. Dans la santé, les quatre principes classiques qui argumentent les actions des soignants sont le respect de l'autonomie de la personne, la justice, la bienfaisance et la non-malfaisance. Dans la promotion de la santé, nous dit Massé (Ibid, p111) ils ne suffisent pas pour justifier les interventions de santé. En effet, se référant au contenu de la Charte d'Ottawa les notions de communauté et de société, centrées sur le bien être des populations, sont très impliquées et nécessite de donner une place explicite à d'autres valeurs fondamentales comme celles nommées par Massé au paragraphe précédent.

Dans un rapport de l'OMS Europe de 2001 qui concerne une réflexion sur l'évaluation dans la promotion de la santé, Rootman et al, propose sept principes de base pour guider les actions de promotion de santé : l'empowerment, la participation, une vision globale de la santé avec une orientation salutogène, l'intersectorialité, les multi-stratégies, la durabilité des changements et l'équité (p 4). Les principes en général sont relativement peu nombreux et stables (Durand, Ibid, p164).

Le mot règle désigne du concret proche de l'action. Elle détermine l'action et encadre la décision. Contrairement au principe [...], la règle a un contenu précis : elle est un outil opérationnel et elle peut être synonyme de norme. Les règles ou les normes sont nombreuses et instables (Ibid, p 166). Dans le cadre de l'enseignement d'une posture de promotion de santé auprès des étudiants, la règle correspondrait, notamment, au dispositif pédagogique mis en place pour permettre aux étudiants d'exercer la démarche de promotion de santé en respectant ses principes. Ce dispositif est décrit dans un prochain chapitre.

En considérant comme Massé qu'il est illusoire de penser qu'une prise de position en faveur ou en défaveur d'une intervention donnée ne repose sur aucun principe (Ibid, p 95) et afin de guider les étudiants dans l'élaboration de leur projet de promotion et/ou de prévention qui permet de développer une posture de promotion de santé, nous privilégions

trois principes reconnus comme les indispensables à la pratique de promotion de santé dans la Déclaration de Jakarta de 1997. Ceux-ci sont également présentés comme spécifiques à la promotion de la santé, dans « la Pratique exemplaire dans la promotion de la santé » (Broesskamp-Stone et Ackermann, 2007, p 9), développée par Promotion Santé Suisse et référée à la Charte d'Ottawa.

2.1.2.3. Principes guidant le dispositif pédagogique

Ces trois principes sont l'orientation vers la santé et ses déterminants, l'empowerment et la participation. Incontournables pour prétendre exercer une pratique de promotion de santé, ils sont mis en avant dans le dispositif pédagogique pour guider les étudiants et leur permettre, de réfléchir, tout au long du déroulement de leur projet, sur leurs connaissances, leur position et leurs intentions d'actions qui constituent, nous le verrons plus tard, trois éléments de la posture de la promotion de santé.

A. L'orientation vers la santé et ses déterminants

Ce principe fondamental de promotion de santé considère la santé comme étant une ressource de la vie quotidienne pour tendre vers le bien être et non comme le but de la vie (Charte d'Ottawa, 1986). A l'inverse du biomédical qui prend pour référence la maladie qu'il est nécessaire d'éviter, la promotion de la santé prend pour référence les facteurs biologiques, comportementaux, culturels, sociaux, environnementaux, économiques et politiques qui influencent et déterminent la santé (appelés les déterminants de la santé) pour agir positivement sur eux.

Il s'agit donc pour nos étudiants en soins infirmiers de quitter le paradigme où la maladie et les risques sont au premier plan pour un paradigme centré sur la santé et sur ce qui maintient en santé. Cette orientation vers la santé et ses déterminants va guider l'étudiant vers une posture qui considère que l'offre en soins est centrée, avant tout, sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques.

De plus, la santé en tant que ressource s'inscrit dans une approche salutogénique qui a pour but de « produire » de la santé en se basant sur ce qui permet de maintenir ou de récupérer la santé (malgré la maladie). Antonovsky est un chercheur connu pour la paternité du concept de sens of coherence qui s'inscrit dans cette approche salutogénique (1992).

Ce concept décrit la capacité des individus à comprendre, gérer et donner un sens aux événements de leur vie. Ses travaux montrent qu'il y a un lien entre ce sentiment de cohérence à l'égard de la vie et l'attitude vis-à-vis de sa santé, qu'un fort sentiment de cohésion permettrait de considérer les événements difficiles de la vie comme des défis plutôt que des problèmes, et que ce sentiment fonctionnerait comme facteur de protection et de promotion de la santé (Hood, Beaudet et Catlin, 1996).

Est-ce que plus le sentiment de cohérence à l'égard de la vie est élevé et plus le concept de promotion de la santé est accessible ? Est-ce que un fort sentiment de cohésion serait un facteur favorable au développement d'une posture de promotion de la santé ? Antonovsky propose son modèle de la salutogenèse comme guide pour la promotion de la santé (1996).

B. L'empowerment

Le deuxième principe spécifique à la promotion de la santé et qui va permettre de guider les étudiants dans leur posture est de considérer l'individu comme une personne autonome capable de prendre des décisions concernant sa santé et son environnement.

Ce n'est pas nouveau quand nous considérons que la santé, est synonyme de maladie car le patient, en général, avec sa famille, ou pas, prend les décisions concernant son état de santé c'est-à-dire sa maladie. Ce qui est nouveau, est de considérer la personne, malade ou pas, à risque ou pas, comme un partenaire qui s'engage (qui participe) dans un questionnement sur sa santé (une conscience critique), qui utilise et acquière des habiletés spécifiques aux objectifs poursuivis (a des compétences), se sent partie prenante et confiant et surtout, qui sait mieux que quiconque ce qui est bon pour lui. Ce cheminement fait partie de la démarche d'empowerment, processus par lequel un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir et sa capacité de l'exercer (Rappaport, 1987, Ninacs, 2008, p11) et qui présente trois niveaux interdépendants : individuel, communautaire et organisationnel.

Au niveau individuel, l'empowerment développe de manière systémique, la participation, la conscience critique, les compétences et l'estime de soi pour optimiser les chances de développer son pouvoir d'agir sur une situation particulière (Ninacs, 2008, p 19). Au niveau communautaire, Ninacs (2008, p 39) dit que quatre ingrédients sont nécessaires pour que le processus puisse s'enclencher et structurer l'empowerment individuel déjà présent. Le premier est d'avoir la présence d'une population dans des structures et des

conditions qui favorisent leur participation. Le deuxième est d'optimiser les forces du milieu et les ressources pour développer et valoriser leurs compétences. Le troisième est l'établissement d'un climat de confiance pour une excellente circulation de l'information. Le quatrième est le « capital communautaire » pour susciter l'entraide et la mobilisation sur les questions les concernant. Une fois enclenché, le processus ne visera pas une capacité donnée ou un état à obtenir mais plutôt une prise de conscience de sa situation et de ses possibilités d'action avec d'autres (Goudet, 2005).

En tant que principe spécifique à la promotion de la santé, l'empowerment va guider l'étudiant dans sa posture pour considérer la population (concernée par leur projet) avec laquelle ils échangent sur leur thématique de santé, comme capable d'analyser sa situation, de définir ses problèmes et d'y répondre. Les étudiants ne seront pas, d'emblée, les experts, ceux qui savent et donnent la bonne information mais plutôt ceux qui initient et sont agents de changement en co-construisant en partenariat avec cette population (Heds, 2011).

Le niveau organisationnel de l'empowerment intervient pour soutenir les deux autres niveaux. Par exemple, lors des structures et des conditions à mettre en place pour favoriser la participation, lors des forces et des ressources à optimiser pour développer et valoriser les compétences. Son rôle est de permettre la participation et la formation des individus (Ninacs, 2008, p57). Il nécessite donc de bien connaître la structure organisationnelle dans laquelle évolue la démarche du projet.

C. La participation

En plus d'apparaître dans le processus d'empowerment, le concept de participation est le troisième principe décrit comme spécifique à la promotion de la santé. Dans le cadre de notre dispositif pédagogique il va permettre de guider les étudiants dans leur posture pour considérer tout individu comme un citoyen actif capable de participer à la démocratie pour changer des pratiques dans la santé. Seuls ceux qui ont vraiment appris à s'informer, à participer aux débats, à élaborer des processus et à prendre des décisions peuvent participer aux processus démocratiques (Frehner et al, 2005). C'est pourquoi, favoriser un niveau de participation élevée est une manière efficace d'intégrer les préoccupations des individus et des populations au processus décisionnel de ce qui est bon pour eux.

Pour bien comprendre ce concept il nous semble pertinent de nommer une publication du Réseau Européen de lutte contre la pauvreté (EAPN) qui considère la participation comme stratégie incontournable pour, entre autres, initier un changement. Plus la participation est grande et plus l'impact est grand au niveau des politiques. « Une participation efficace est le signe d'une bonne démocratie participative, dans laquelle les citoyens et les organisations de la société civile peuvent prendre part aux dialogues politiques et compléter le travail que les élus effectuent via le processus de la démocratie représentative. » (EAPN, 2009, p 3).

La participation de la population va donc naître dans un environnement local portant sur des réalités locales. Elle permet une implication dans laquelle les personnes qui se sentent responsables et autonomes, ont leur mot à dire dans les discussions et décisions qui les concernent. Ils se sentent acteurs. Ainsi, la participation transforme les organisations en espaces d'expression des besoins et des préoccupations des citoyens. (EAPN, 2009, p 78)

C'est ce type de participation auquel nous adhérons dans le cadre de notre enseignement de la promotion de la santé. Favoriser la participation d'une population concernée à une thématique de santé demande aux étudiants de « donner de la place à l'autre », c'est le reconnaître comme détenteur de savoirs et de compétences à l'égard de la santé et qu'il est libre de faire ses propres choix.

Ainsi dans la promotion de la santé, le principe de participation va permettre à l'étudiant d'adopter une posture dans laquelle il se trouve à pied d'égalité avec l'individu ou le groupe dans un échange et une prise en compte d'expériences, de connaissances et de points de vue pour atteindre un objectif commun.

2.1.3. Un axe pragmatique

Cette deuxième dimension du concept de promotion de la santé se présente comme une suite de l'axe idéologique, pour transformer l'idéologie en pratiques (O'Neill et Cardinal, 1998, figure 1) bien qu'elle soit revendiquée par O'Neill comme étant celle qui désigne, en premier, la promotion de la santé. Elle correspond à une vision plus technique comparée à celle idéologique de la Charte d'Ottawa puisqu'elle est un ensemble de pratiques particulières qui visent le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie et qui

peuvent être appliquées à n'importe quel domaine d'intervention en santé dans tout milieu et toute population.

Ces pratiques sont l'éducation à la santé, le marketing social et l'entretien motivationnel pour la modification des comportements individuels et l'action politique, l'organisation communautaire et le changement organisationnel pour l'amélioration de l'environnement social, économique et collectif (Ibid, p 29). Il s'agit donc d'interventions concrètes qui mettent en scène des professionnels avec des populations, dans des environnements, et qui aboutissent à des changements de comportements et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé. Ces pratiques utilisent des approches globales, en particulier celles qui associent les cinq stratégies de la charte d'Ottawa car ce sont elles qui ont été évaluées les plus efficaces lors de la conférence mondiale de Jakarta (1997).

Oui..., mais comment montrer que celles-ci sont exercées dans un « esprit » de promotion de santé, dans ce paradigme où les experts considèrent l'individu ou le groupe comme un partenaire possédant des ressources et des connaissances, un partenaire capable de s'engager et de prendre des décisions ? Comment déterminer si le changement amorcé s'inscrit bien dans un processus de promotion de la santé qui permet à l'individu, au groupe d'avoir une plus grande maîtrise sur leur santé ?

Dans toutes ces pratiques, telles que nous les présente O'Neill et Cardinal (1998), qu'elles soient du domaine des modifications des comportements (éducation à la santé, marketing sociale, communication) ou du domaine de l'environnement social, économique et collectif (action politique, communautaire et organisationnel) nous trouvons dans la littérature des théories, des modèles et des concepts qui, se rattachant à chacune de ces pratiques, sont multidisciplinaires. Nous trouvons aussi des méthodes, des stratégies, et même parfois des « recettes » qui ne nécessitent pas de comprendre la théorie s'y rapportant. Nous pensons qu'il est nécessaire que notre pratique de promotion de santé se réfère à un cadre théorique connu et reconnu chez les professionnels de la santé.

Rootman et al, (2001) cité par le Dr Simos du groupe de recherche en environnement et santé (GRES) à l'Université de Genève, pense que le principal critère à prendre en compte, pour décider si une intervention est de promotion de la santé, c'est *l'ampleur avec laquelle elle s'engage dans un processus d'empowerment ou de développement des capacités d'une communauté*. Nous pensons que ce type d'intervention est du domaine du rôle promoteur

de la santé que le professionnel en soins infirmiers exerce, par une posture spécifique à la promotion de la santé qui contient, pas seulement les pratiques qui visent un changement, mais aussi les théories et les modèles, les concepts, et les principes qui guident ces pratiques.

Ainsi faisons-nous le lien entre ces deux axes proposés par O'Neill pour définir la promotion de la santé, par la présence d'une posture ou attitude issue de l'axe idéologique qui favoriserait l'axe pragmatique de la promotion de la santé.

Et autrement dit, dans le domaine des soins infirmiers nous sommes en présence de deux mouvements, l'un idéologique référé à la charte d'Ottawa et l'autre pragmatique référé aux différentes approches et théories notamment celles qui concernent le comportement. Nous avons donc cherché dans la littérature une base théorique qui permettrait à la fois d'expliquer et de décrire les pratiques et qui offre un cadre pour le choix des stratégies d'actions, pour que les étudiants comprennent comment fonctionnent les données probantes dans le domaine de la promotion de la santé.

2.1.4. La théorie de la promotion de la santé

2.1.4.1. Les données probantes

Nous avons vu au chapitre 1 qu'un des axes de développement du nouveau plan d'étude cadre (PEC) prévu pour 2012 est l'Evidence Based Nursing, la pratique dans les soins infirmiers basée sur les données probantes. Aujourd'hui la notion de donnée probante est incontournable dans les programmes bachelor et les résultats dits « probants » sont basés sur une relation de cause à effet entre l'intervention et les résultats.

Comme la promotion de la santé peut être une science ou un champ de pratiques, dans un cas les données probantes alimentent les théories et les modèles pour expliquer, explorer, évaluer la preuve alors que dans l'autre cas elles démontrent que quelque chose fonctionne (McQueen & Anderson, 2004). La recherche de l'efficacité des interventions dans le domaine de la santé a longtemps reposé sur l'épidémiologie dans un paradigme biomédical, sans théorie particulière (McQueen, 2003) qui identifie son plus haut niveau de preuve dans les essais contrôlés randomisés (RCT).

Aujourd'hui elle repose, aussi, sur des approches et théories pluridisciplinaires et des méthodes basées sur l'action. Avec les principes défendus dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, il est difficile d'appliquer la méthode du RCT, aussi McQueen propose pour cet axe idéologique plutôt le terme d'évaluation de la réussite du processus de promotion de la santé alors que l'axe pragmatique, pourrait établir des évidences à travers les études scientifiques notamment les essais randomisés.

Les données probantes alimentent les théories et les modèles (Mc Queen & Anderson, op. cit) : existe-t-il des modèles dans la promotion de la santé ?

2.1.4.2. Les modèles dans la promotion de la santé

Pendant longtemps les pratiques de ce domaine se sont basées sur des modèles de déficit qui mettaient le focus sur l'identification de problèmes et de besoins de la population requérant les compétences des professionnels et les ressources des services de santé. De ce fait, les théories les plus développées pour expliquer et guider les pratiques sont surtout des théories cognitives du comportement et des théories du changement social et de la santé (McQueen & Anderson, 2000) pour envisager des changements nécessaires pour la santé.

Ainsi, la plupart des modèles, dans la promotion de santé, spécifiques aux soins infirmiers sont tous plus ou moins pratiqués dans un contexte d'éducation à la santé (Whitehead et al, 2008) où les approches biomédicales et biopsychosociales se côtoient (Arwidson & al., 2001, p30) et où les modèles explicatifs des comportements de santé et de modes de vie, issus de plusieurs disciplines, ont comme but, de prédire ou de comprendre les comportements (Ibid, p25).

Par exemple, le modèle de Pender publié en 1982 dans sa première édition a créé un modèle de promotion de santé comme un processus visant le changement de comportement en trois grandes étapes tenant compte des caractéristiques et expériences individuelles, des connaissances et perceptions et d'une participation aux résultats attendus. Testé par un bon nombre d'auteurs ce modèle est plutôt utilisé dans un contexte de prévention, centré sur la maladie, orienté styles de vie et comportements dans un paradigme conventionnel d'éducation à la santé. Ce serait plutôt un modèle de pratique d'éducation à la santé qu'un

modèle de promotion de santé (Whitehead et al, 2008). Et pourtant il est intitulé « Modèle de promotion de la santé » (Pender, 1996, p58).

En 1985, Tannahill, spécialiste en médecine communautaire à Cambridge, crée un modèle de promotion de la santé dans lequel il la définit comme étant trois domaines qui interagissent entre eux et sont l'éducation à la santé, la prévention et la protection à la santé. Trouvant ses sources dans le contexte médical ce modèle est centré sur la maladie et les facteurs de risque tant au niveau individuel que communautaire et relève le rôle des gouvernements tant locaux que nationaux dans la « Health protection ».

En 2009, Tannahill revisite son modèle et propose une place plus importante à la notion de santé positive. Et bien qu'aujourd'hui, en UK, Tannahill nous dit (2009, p 396) que le terme de promotion de la santé a été largement supplanté par le terme d'amélioration de la santé (health improvement) il propose de les différencier ainsi : la nouvelle définition de health promotion est *l'encouragement durable d'une santé positive et d'une prévention de mauvaise santé (ill-health)* alors que la health improvement est *l'amélioration durable d'une santé positive et d'une réduction de mauvaise santé dans des populations* (p 398).

A part l'idée d'un mouvement dynamique dans le terme encouragement et l'absence de la notion du collectif dans la première nous ne voyons pas grande différence et nous pourrions considérer que, effectivement, aux Royaume-Uni, le terme de « health improvement » est synonyme, remplaçant celui de « health promotion » (Pour exemple, le site du gouvernement du Pays de Galle <http://wales.gov.uk/topics/>).

Ceci nous questionne quant à l'appellation de Health promotion. Est-ce que ce terme serait effectivement comme le souligne O'Neill (1998) source de confusion que le gouvernement du Royaume Uni choisisse de l'appeler Health improvement ?

Nous constatons qu'une théorie générale, qui serait supérieure aux différents modèles, qui expliquent les observations relatives à un phénomène (McQueen & Anderson, 2000, p88), permettrait de fournir les fondements permettant d'accrocher l'expérience et la connaissance dans la promotion de la santé, peu importerait la discipline, n'existe pas.

Il y a plusieurs théories qui se rapportent plutôt aux pratiques dans lesquelles l'objet d'observation est le comportement individuel à un niveau cognitif, le changement du comportement individuel, communautaire, organisationnel au niveau social ou bien le

développement des politiques publiques favorisant la santé. Il semble que les experts du domaine de l'éducation pour la santé ont pu délimiter un cadre théorique s'y rapportant. Mais comment s'intègre t-il dans la promotion de la santé à un niveau plus globale en tenant compte des principes qui la guident ?

Nous avons relevé dans les dernières publications, un modèle avec une approche plus globale de la promotion de la santé qui nous a paru intéressant. C'est celui de D'Amours et al. (2008) qui concerne la santé mentale.

Ces auteurs reprennent les éléments d'une conception positive de la santé en tenant compte des différents déterminants. Ils intègrent les activités plus spécifiques de la prévention par la prise en compte des facteurs de risque dans le renforcement des facteurs protecteurs en privilégiant l'approche multi stratégique proposée par la Charte d'Ottawa. Ils se basent sur une approche bio psycho sociale et inscrivent leur modèle dans une perspective écologique où individu et environnements interagissent pour obtenir un équilibre.

Ce modèle d'Amours et al. respecte cinq des sept principes fondamentaux de la promotion de la santé édité par Rootman et al (2001, p 4) : la vision globale de la santé avec une orientation salutogène, l'intersectorialité, les multi-stratégies, la durabilité des changements et l'équité, mais malheureusement, l'empowerment est très peu visibilisé et le concept de participation n'apparaît pas.

Nous voyons ainsi que si la promotion de la santé est un domaine qui a de la peine à se définir, les modèles et théories qui s'y rapportent ont de la peine à réunir tous les principes qui la définissent.

En fait, la promotion de la santé est un domaine qui n'a pas eu le temps d'établir une assise théorique bien ancrée ni l'ensemble méthodologique de techniques qui l'accompagne (McQueen, 2004). La perspective d'une théorie générale en promotion de la santé, nous dit McQueen, inclut la participation, le contexte et le changement et elle pourrait être intégrée à la réflexion sur la création de devis d'évaluation (Ibid, 2004). C'est bien le terme évaluation employé dans le sens de réussite du processus de promotion de la santé, que McQueen l'emploie (voir chapitre plus haut sur les données probantes) pour être plus précis que devis de recherche.

2.1.5. Résumé

Le concept de promotion de la santé se présente, dans la littérature, à la fois comme une finalité, un processus, une stratégie et un contenu. La plupart du temps, il est soit mal défini, soit multi défini, soit pas défini du tout. C'est pourquoi nous posons deux axes (O'Neill, 2004) pour le définir, l'un idéologique basé sur la Charte d'Ottawa, l'autre pragmatique basé sur les modèles.

Dans l'axe idéologique nous avons différencié valeurs, principes et règles pour montrer que nous mettons l'importance sur trois principes fondamentaux que sont l'orientation vers la santé et ses déterminants, l'empowerment et la participation. Ils sont présentés par Promotion Santé Suisse comme spécifiques à la promotion de la santé pour un Best Practice (Broesskamp-Stone et al., op. cit., 2007). Nous avons explicité ces principes en tant que guides de la posture de promotion de santé que les étudiants développent quand ils élaborent leur projet avec une population. Ceux-ci vont au-delà des principes classiques utilisés dans les soins et sont nouveaux pour les étudiants.

Dans l'axe pragmatique nous mettons en évidence la multidisciplinarité de la promotion de la santé, dans la mesure où en tant que pratiques elle se réfère à une multitude de concepts, théories et méthodes mais pas toujours en lien avec les cadres de référence de la promotion de la santé tel que la charte d'Ottawa et les principes qu'elle défend. Cependant nous relevons que dans le domaine de l'éducation à la santé qui touche les comportements et les modes de vie, de nombreuses théories ont pu alimenter et expliquer les pratiques, mais pas spécifiquement dans le domaine des soins infirmiers et plutôt avec une approche biomédicale quand il s'agit du domaine des soins.

Maintenant, les deux axes devraient idéalement être liés, l'axe idéologique alimentant l'axe pragmatique et vice et versa. Du fait de la jeunesse du champ de la promotion de la santé un cadre théorique général, qui chapeauterait le tout, n'existe pas mais des modèles observant le processus et mettant en scène les concepts issus des principes fondamentaux de la promotion de la santé commencent à se multiplier. Le lien entre les deux axes pourrait se faire à l'aide des données probantes par l'évaluation de la réussite du processus de promotion de la santé au niveau de l'idéologie et par Evidence Based Nursing au niveau de l'axe pragmatique.

Nous pensons qu'il est important de s'être attardé sur cela pour comprendre que le concept de promotion de la santé est un concept complexe, qui nécessite de développer des connaissances, une attitude et des stratégies spécifiques pour acquérir une posture de promotion de santé transférable dans n'importe quel domaine de soins.

2.2. Recension des écrits

Afin de voir si cette problématique est présente dans la pratique infirmière et identifier quelques pistes prises en compte dans le dispositif pédagogique mis en place pour développer la posture de promotion de la santé auprès de nos étudiants Bachelor en soins infirmiers, nous avons effectué une recension d'articles entre 2000 et 2011 sur Pubmed et Cinhal, en deux étapes.

La première étape, à partir des mots clés 'Health Promotion', 'Nursing', 'Attitude', pour centrer notre recherche sur la perception des professionnels en soins infirmiers à l'égard de la promotion de la santé et son intégration dans la pratique. Nous prenons la promotion de la santé dans le sens général du terme et excluons les études relevant d'éducation à la santé et de prévention avec un focus sur la maladie ou les comportements à risque et celles avec un focus sur des stratégies pour promouvoir la santé et le bien être.

La deuxième étape, à partir des mots clés 'Health Promotion', 'Nursing', 'Student', 'Curricula', et centrons notre recherche sur l'intégration de la promotion de la santé dans les programmes de formation de base des soins infirmiers.

Dans une vision générale, cette recherche d'articles montre que, autant dans la littérature francophone que dans la littérature anglophone, les infirmières sont persuadées que la promotion de la santé fait partie de leur rôle et qu'elle pourrait l'intégrer dans la pratique dans tous les lieux de soin.

Malgré le fait qu'elles ne savent pas toujours comment l'intégrer et appliquer ses principes (Jakson, 2007), leur rôle promoteur de la santé est perçu allant au-delà de leur pratique pour un rôle de leadership dans les populations pour le développement de programmes de santé (Rice & Wicks, 2007) et un rôle d'acteur stratégique capable de négocier avec une diversité d'acteurs (Beaudet, 2008).

Mais, dit Whitehead (2009), dans un article où il fait un bilan entre le concept de promotion de santé vécu dans les soins infirmiers et le concept plus général, il est très mal compris autant en dehors qu'en dedans la profession infirmière. Depuis 2000, Dean Whitehead, de Nouvelle Zélande, publie très régulièrement sur l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique infirmière dans différents lieux.

2.2.1. Intégration de la promotion de la santé dans la pratique des soins infirmiers

Dans l'application, les perceptions que les infirmières ont de la promotion de la santé et la description de leur compréhension relève plutôt de l'individuel avec une approche éducation à la santé traditionnelle, bien installée et formalisée dans laquelle la santé est mise en opposition à la maladie (Casey, 2007; Piper, 2008; Chambers & Thompson, 2009).

Les pratiques sont largement centrées sur l'objectif de changement de comportement individuel et ne prennent pas suffisamment en compte les déterminants globaux de la santé (Dallaire et al, 2000; Richard, Fortin et Bérubé, 2004; Longtin et al, 2006; Whitehead, 2009).

Elles visent plutôt la prévention de la maladie et distribuent l'information (Kelley & Abraham, 2007). Au niveau conceptualisation la problématique est la même chez les étudiants en soins infirmiers qui, par l'apprentissage par modèle, mettent le focus sur l'individuel malgré leur conscientisation de l'importance des déterminants économiques et politiques (Walthew & Scott, 2011).

Bien que l'infirmière soit centrée sur les besoins spécifiques du patient et de son changement de comportement en rapport avec la santé/maladie, elles peuvent parfois favoriser des pratiques d'empowerment à un niveau individuel (Gagnon, 2004; Whitehead, 2005; Piper, 2008,) et parfois pas, pensant que les patients sont incapables de prendre des décisions (Chambers & Thompson, 2009).

Il y a donc une tension entre les paradigmes de promotion de la santé et d'éducation à la santé (Longtin et al, 2006, Whitehead, 2003) qui affecte les activités infirmières de promotion de santé.

Ce qui apparaît principalement dans ces articles concernant l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique des soins infirmiers est que l'application est plus ou moins présente selon les lieux et qu'il existe des obstacles plus ou moins difficiles à surmonter.

2.2.1.1. Lieux d'application

Auprès des personnes âgées (Kelley & Abraham, 2007) et dans les services d'Urgence et d'Accident (Cross, 2005), la pratique de promotion de la santé est vécue comme difficile à appliquer dans le quotidien malgré une attitude positive à son égard. Elle peut être vue également comme une affaire de médias et de campagnes conduites par des professionnels pour la prévention et les conseils en santé en général (Piper, 2008; Whitehead et al, 2008).

Lorsque les infirmières comprennent mieux le concept de promotion de santé, elle est perçue comme difficile à intégrer dans la pratique particulièrement dans les soins aigus (Chambers & Thompson, 2009) dû aux manques d'opportunités (Schikler, James & Smith, 2002). Ce phénomène, présent en Europe et en Amérique du Nord, présent aussi en Chine s'améliore lorsque les infirmières ont le soutien de l'enseignement et de l'hôpital (Whitehead & al, 2008). D'une manière générale, plus les infirmières sont haut gradées et plus la promotion de la santé est comprise et intégrée dans la pratique quotidienne (Kelley & Abraham, 2007).

Lorsqu'il s'agit de santé publique les infirmières intègrent mieux la promotion de la santé dans leur pratique notamment en ce qui concerne l'approche écologique et le principe de participation des populations. Elles décrivent une vision écologique englobant l'action sur l'environnement organisationnel, communautaire et politique (Richard et al, 1999).

Les propos recueillis lors de cette étude témoignent de leur difficulté à vivre à la fois un rôle d'expert et de facilitateur qui oppose le paradigme médical à celui de la promotion de la santé. Auprès des communautés, les infirmières pourtant mieux formées dans le domaine et plus à même de prendre des décisions, ont des difficultés à décrire de manière explicite leur pratique de promotion de santé et à l'articuler autour d'une structure conceptuelle (Caelli, Downie & Caelli, 2003).

2.2.1.2. Obstacles à la pratique de la promotion de la santé dans les soins

Face à ces difficultés d'intégration de la promotion de la santé dans la pratique professionnelle, temps, ressources et formation sont, dans les études, les trois arguments les plus nommés comme obstacles à la pratique de promotion de la santé.

Concernant la formation, ceci pourrait être la conséquence d'un apport de connaissances, pendant la formation de base, plutôt orienté vers la prévention et les stratégies d'éducation à la santé que vers la promotion de la santé, concept rarement abordé en particulier (Beaudet, 2008). Longtin et al, (2006, p9) met également en évidence dans sa revue de littérature que la formation placerait souvent au second plan l'apprentissage des bases théoriques utiles au développement des compétences pour intervenir sur les déterminants de la santé.

Pour Whitehead (2009, p 869), la difficulté se situerait au niveau de la compréhension du concept. Pour lui, la plus grosse barrière concernant la promotion de la santé dans les soins se limiterait à si oui ou non les infirmières comprennent ce qu'est la promotion de la santé et ce qu'elles font quand elles en font. Pour répondre à cette question Whitehead (2011) nous montre, dans une analyse de discours, contenus dans la littérature spécifiques aux infirmières, comparée à celle d'autres professionnels de la santé, que la différenciation entre éducation à la santé et promotion de la santé n'est toujours pas très claire mais que leur rôle spécifique à l'égard de la promotion évolue quand même vers une meilleure compréhension du concept.

Un autre obstacle souvent nommé est l'omniprésence du modèle biomédical qui prend trop de place à l'intérieur du paradigme de la promotion de la santé (Longtin et al, 2006) et qui, né de la théorie des germes au XIX^{ème} siècle, met plutôt l'accent sur la maladie, les risques plutôt que le renforcement des ressources et les déterminants de la santé, par exemple.

En fait tous les auteurs qui se sont penchés sur l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique des soins infirmiers disent que les infirmières sont aux premières loges pour exercer cette pratique mais qu'elles sont guidées par une vision bien souvent étroite de la promotion de la santé.

Nous constatons ainsi que s'il est difficile pour une infirmière d'exercer, dans son rôle infirmier, la pratique de promotion de santé, il est encore plus difficile pour les étudiants d'identifier les opportunités pour l'exercer car les étudiants sont directement influencés par les pratiques de l'équipe des soignants (Whitehead, 2002). C'est pourquoi nous pensons qu'il est pertinent que les étudiants développent durant leur formation une posture, une attitude de promotion de santé par le développement de savoirs, de savoirs être et de savoirs faire spécifique à ce domaine. Ils pourront (peut-être) ainsi mieux reconnaître les opportunités et mieux se positionner à l'égard de la promotion de la santé dans n'importe quel lieu de soin.

2.2.2. Intégration de la PS dans la formation de base des soins infirmiers.

Afin de voir plus en amont, comment s'intègre la promotion de la santé dans les programmes scolaires et ce qu'en pensent les étudiants, nous avons repéré dans les moteurs de recherche Cinahl et Pubmed, avec les mots 'Health Promotion', 'Nursing', 'Student', 'Curricula', une abondante publication sur 10 ans. Nous nous sommes reposée sur une review de Whitehead (2007), traitant exactement de ce thème entre 1995 et 2005. Nous avons pris en compte tous les articles entre 2005 et 2011 dont l'objet d'étude est soit les étudiants, soit des contenus pédagogiques concernant l'enseignement de la promotion de la santé et nous avons exclu ceux qui intéressent les étudiants en santé publique et en santé scolaire, ceux centrés essentiellement sur la prévention d'une maladie ou d'un comportement à risque.

En fait, il y a peu de publications concernant l'intégration de la promotion de la santé dans les programmes des soins infirmiers mais c'est un sujet qui se discute à un niveau international et la plupart relève qu'il y a des difficultés dans la compréhension du concept de promotion de la santé tant au niveau des étudiants (Walthew & Scott, 2011) que des professeurs (Sjögrén et al, 2003). Et que même si le concept a été étudié en classe, il est difficile de l'appliquer pendant les stages.

L'étude de Schickler et al, (2002) montre comment, les soignants et les étudiants manifestent une perception étroite de la promotion de la santé centrée sur le changement de comportement et la réduction des risques alors qu'un enseignement théorique complet avait été apporté dans le cadre de l'enseignement de la promotion de la santé.

Whitehead (2007) constate également dans sa revue de littérature que l'enseignement de la promotion de la santé est bien souvent restreint au seul domaine de l'éducation à la santé qui certes met en avant les concepts d'empowerment et de participation mais se limite à l'approche santé/maladie qui cible plutôt la prévention des comportements à risque à un niveau individuel. De plus, les déterminants de la santé sont souvent orientés vers les styles de vie oubliant d'intégrer la dimension société, économique, écologique et politique de la promotion de la santé.

De ces articles, trois thèmes ont pu être catégorisés ainsi : le premier, l'intégration de la promotion de la santé dans un curriculum de soins infirmiers, en deux, les approches permettant aux étudiants d'exercer une pratique de promotion de santé notamment le contact avec les populations et en trois, des cours spécifiques et outils pédagogiques pertinents pour l'enseignement de la promotion de la santé.

2.2.2.1. Dans les curricula

Dans ces études traitant de l'enseignement de la promotion de la santé dans les formations de base en soins infirmiers, il apparaît que les cours concernant ce domaine peuvent être intégrés dans d'autres modules ou bien représentent des modules séparés ou bien les deux.

L'étude de Poskiparta et al, (2000) ont comparé cette situation dans deux écoles de soins infirmiers en Finlande. Les résultats ont montré que les étudiants ont besoin de modules spécifiques à la promotion de la santé pour clarifier les concepts et identifier des exemples concrets de pratique de promotion de santé.

Ils ont également besoin que ces modules s'intègrent dans le curriculum pour leur permettre d'approfondir leur compréhension de la promotion de la santé durant leur processus de formation. C'est aussi l'avis de Walger (2008) qui témoigne à ce sujet de l'expérience d'une Haute école de santé située en Suisse.

Cependant, certains enseignants en soins infirmiers restent ancrés dans la vision traditionnelle de la promotion de la santé, adhérant plutôt à l'intégration de cet enseignement dans les autres modules et non pas comme sujet distinct, cela ne favorise pas l'attitude de promotion de santé telle qu'elle est définie dans la charte d'Ottawa (Sjögrén et al, 2003).

La grande difficulté nommée dans ces études est le manque d'opportunité donnée aux étudiants non seulement pour comprendre le notion de promotion de la santé mais aussi pour exercer leur pratique de promotion de la santé en cours de formation. C'est pourquoi certaines études relatent l'importance de l'échange concret avec les populations au sujet de leur santé.

2.2.2.2. Développement de savoirs faire au contact des populations

L'approche la plus présente dans la littérature qui permet non seulement d'identifier les opportunités de pratique de promotion de santé mais aussi de développer une posture de promotion de santé est le contact avec les populations, le plus souvent par un partenariat avec des associations, des institutions ou bien une participation à des projets existants.

Cela peut être des activités individuelles de prévention primaire et secondaire par exemple, auprès des populations migrantes en partenariat avec des organismes communautaires (D'Lugoff & McCarter, 2005), dans des stages dans des milieux communautaires (Reising et al, 2008) ou bien en participant à des programmes de promotion de santé par exemple, organisés dans les écoles où l'étudiant joue le rôle de mentor auprès d'adolescents (Schin & Rew, 2009).

Cela peut être des activités par groupes de 3 à 4 étudiants dans une approche partnership (école/communautés/étudiants) sur un semestre, où ils apprennent, pendant un stage de 13 semaines, à identifier et à effectuer des actions de promotion de santé dans des communautés (Falk-Rafael et al, 2004) ou bien par groupe de 10 étudiants, sur 7 semaines, en partnership avec un centre wellness (Aponte et Egues, 2010).

Dans l'étude de Gosline et Schank (2003) c'est une classe entière qui se mobilise pour élaborer et concrétiser sur trois mois un projet appelée « foire à la santé » en partenariat avec une communauté universitaire. Avec la population du campus et toutes les personnes concernées, y compris les professeurs et parrainés par leur collègue des soins infirmiers, ils identifient des besoins en santé de la communauté, se groupent en thématiques de travail et participent à la planification, à la mise en place et à l'évaluation d'activités répondant à ces besoins (Gosline et Schank, 2003).

L'étude de Tarrant and Siu-Chee Chan (2002) décrit également comment des étudiants durant leur première année de formation, développent leur rôle de leadership en promotion de santé en planifiant, appliquant et évaluant une intervention par groupe de sept à huit étudiants, dans ce domaine, dans la population des jeunes adultes de 16 à 25 ans de la ville de Hong Kong.

Ces études montrent l'importance de la présence d'une population ou d'une communauté pour que les étudiants développent des savoirs faire dans le domaine de la promotion de la santé. Beaudet et al, (2008) appelle cela l'approche populationnelle qui disent-ils, est la seule qui permet de comprendre distinctement la notion de promotion de la santé indépendamment des stratégies d'éducation à la santé et de communication de masse (qui renvoient à la prévention).

Il est donc important que l'étudiant se confronte à des populations « non malades » pour prendre conscience de ce que signifie avoir un rôle promoteur de santé avec une vision de la promotion de la santé qui engage vraiment les personnes et leurs communautés d'une manière participative et « empowering » (Raeburn, 2007).

2.2.2.3. Moyens et outils pédagogiques permettant l'intégration

La troisième catégorie des études proposent des outils ou moyens pédagogiques plutôt ciblés, pour intégrer les expériences et les connaissances concernant la promotion de la santé. Ils sont intéressants car ils viennent renforcer l'intégration des savoirs-faire en promotion de santé et visible la posture.

Travailler sur son propre comportement de santé : C'est un moyen proposé par Hsiao et al, qui montrent dans leur étude (2005) qu'il existe une relation positive entre les cours sur le comportement et changement donnés aux étudiants, ajoutés de 4 semaines de rapports écrits retraçant l'évolution de leur comportement, et leur propre comportement de santé. Ces auteurs expliquent qu'en développant la compréhension de la difficulté de changer, les étudiants en soins infirmiers, notamment ceux de Taïwan sont plus empathiques à l'égard du patient.

La pratique réflexive : outil pédagogique permettant de développer sa pensée critique va permettre progressivement, au cours des trois années de formation, d'identifier et d'ancrer la promotion de la santé dans la pratique (Poskiparta et al 2000 ; Liimatainen et al, 2001).

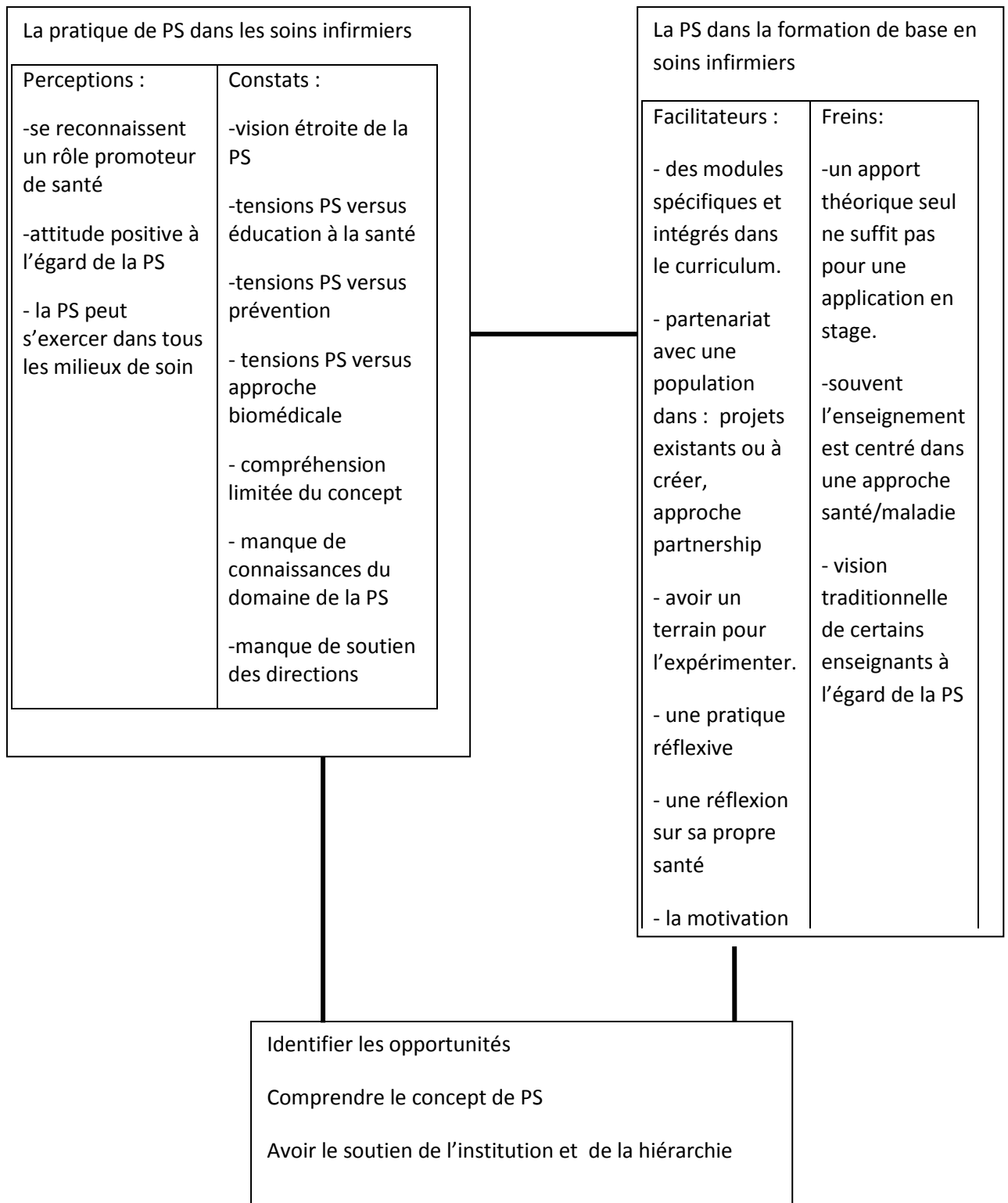
Travailler sur la motivation : une étude exploratoire faite au Royaume Uni auprès d'étudiants en soins infirmiers rapporte leur conviction que la promotion de la santé ne fait pas partie intégrante du rôle des infirmières due au manque apparent d'intérêt et de soutien de soignants (Liimatainen et al, 2001 ; Holt et Warne, 2007) lors des stages. Pour développer une attitude de promotion de santé les étudiants expriment le besoin d'être actifs, participants et d'être émotionnellement et physiquement engagés (Schickler et al, 2002 ; Beaudet et al, 2008).

Les croyances en matière de santé : il semble difficile pour les étudiants en soins infirmiers autant que pour les soignants d'accepter le rôle de modélisation auprès des patients (Holt et Warne, 2007). En effet, conseiller à un patient d'arrêter de fumer parce que c'est mauvais pour sa santé peut amener un inconfort émotionnel tant chez le patient que chez l'infirmière si la personne qui donne les conseils fume. Il est donc important de travailler sur les croyances en matière de santé et de la façon dont elles influent sur la perception du rôle promoteur de santé. Pour prendre conscience de ce rôle, Khanlou (2003) propose de confronter les représentations des étudiants en soins infirmiers à l'égard de la santé, au contact de populations multiculturelles dans différents settings¹⁰.

L'écriture d'un journal (Writing Across the Curriculum) : dans un premier temps, l'étudiant s'inscrit à la compétition annuelle organisée par le département de la santé de Washington, pour concevoir un projet de promotion de santé ou de prévention qui soit innovateur dans le cadre du programme « Healthy People 2020 » (revu chaque 10 ans) enseigné à l'école. Il doit utiliser la méthode du WAC pour retranscrire pendant une année toutes les informations, les idées, les concepts et autres qui intéressent son projet et répondre aux critères de validation (Rhome et al, 2004).

¹⁰ Pour rappel : Terme anglais (en français : cadre de vie) utilisé dans la promotion de la santé signifie un lieu ou un contexte social dans lequel des êtres humains accomplissent leurs tâches quotidiennes et au cours desquelles des facteurs environnementaux, organisationnels et personnels agissent conjointement et influencent la santé et le bien-être."(OMS, Health Promotion Glossary,1998, p. 19)

2.2.3. Synthèse de la recension des écrits concernant la promotion de la santé (PS)



Suite à cette recension nous constatons qu'il est primordial d'apporter lors de la formation non seulement des connaissances concernant les axes idéologique et pragmatique de la promotion de la santé mais aussi une articulation théorie-pratique qui permette à l'étudiant de se sentir partie prenante de l'enseignement apporté et de comprendre ce que signifie pour une infirmière, le rôle promoteur de santé à l'intérieur de plusieurs paradigmes.

De plus, le manque parfois de soutien et d'intérêt de la part de soignants et la vision quelque fois étroite du concept de promotion de la santé de type traditionnel de certains enseignants sont des difficultés dont il est important de tenir compte dans l'enseignement, dans la collaboration avec les terrains de pratique et dans la construction du nouveau programme.

2.3. Intégration actuelle de la PS dans le programme Bachelor à la HEs santé de Fribourg.

Actuellement dans notre programme Bachelor en Soins infirmiers l'enseignement de la promotion de la santé se fait sous deux aspects. Sous un aspect traditionnel, centré sur la prévention de la maladie et des comportements à risques, relevant plutôt de l'individuel, les enseignements sont intégrés dans des modules qui traitent de contenus avec une approche pathogénèse. Sous un aspect charte d'Ottawa, centré sur les deux axes idéologique et pragmatique, relevant plutôt du collectif, avec une vision large de ce qui détermine la santé, les enseignements sont spécifiques à deux modules qui traitent des contenus de promotion de santé dans une approche salutogénèse.

Le premier module spécifique, représente 5 crédits ECTS et il se situe en première année. Il traite de santé au travail, de stress et apporte les premières notions nécessaires à la compréhension du concept de la promotion de la santé c'est-à-dire ses principes fondamentaux notamment ce qui correspond à l'axe idéologique.

Le deuxième module spécifique, représente 10 crédits ECTS et il se situe en fin de troisième année, en fin de formation. Il s'intitule « Conceptualiser une posture de prévention et de promotion de la santé en élaborant un projet de promotion de santé ». Il dure cinq semaines. Les étudiants par groupe de trois à cinq choisissent une population ou une communauté concernée par une thématique de santé, dans un environnement

accessible, et co-construisent ensemble un projet qui sera défini en réponse aux besoins de santé identifiés ensemble mais dont les pistes d'action ne seront pas mises en œuvre. Le but de ce module est d'acquérir une posture professionnelle axée sur la promotion de santé avec une participation optimale de la population concernée et non de produire un outil ou de donner une solution qui résoudrait un problème. L'importance est mise, nous le rappelons, sur le processus et non sur le résultat.

Maintenant que nous avons défini le domaine de la promotion de la santé et les difficultés s'y attendant autant pour l'infirmière dans son rôle professionnel que pour l'étudiant dans sa formation, nous allons définir ce que nous entendons par posture quand nous posons la question : Est-ce que les étudiants au terme du module de cinq semaines développent une posture de promotion de la santé ?

2.4. La posture de promotion de santé : la variable dépendante

Dans les dictionnaires de langues, que ce soit en anglais comme en français, la posture est définie comme a) une position du corps ou de parties du corps et b) comme une attitude.

L'attitude est présentée comme synonyme de posture. Allport, psychologue américain ayant longtemps travaillé sur le concept d'attitude par rapport aux problèmes de personnalité définit ce terme, en 1935, comme *une posture mentale et neuronale, organisée à travers l'expérience, exerçant une influence directive ou dynamique sur les réponses d'un individu envers un objet et toute situation qui s'y rapporte* (http://vercors.univsavoie.fr/ressourcesenligne/cours_OD/attitudes.pdf).

Autrement dit, une manière d'être, influencée par l'expérience d'un objet¹¹ qui va influencer un comportement à l'égard de cet objet.

Sur le plan professionnel Lameul définit la posture comme étant *la manifestation (physique ou symbolique) d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification* (2006, p3). C'est une définition très proche de celle de l'attitude qui

¹¹ Objet au sens d'objets quelque soit la nature de ceux-ci : physique, sociale, concrète, abstraite, singulière, universelle, ...

pourrait être présentée comme le résultat de cet état mental puisqu'il en est la manifestation.

Dans le Larousse, la posture est une *attitude particulière du corps adaptée à une situation donnée*. Il y a donc dans la posture, dit Ladsous (2007), une *recherche attentive de l'autre pour comprendre le positionnement qui facilitera le bon entendement*. Dans la vie professionnelle le corps des soignants est prédisposé à se mettre dans une attitude qui convient le mieux à ceux qui les sollicitent. C'est ainsi que les professionnels développent leurs ressources, perfectionnent leurs moyens et acquièrent une compétence qui permet de trouver naturellement et rapidement la posture la meilleure. Et c'est en terme d'implication, de négociation, de participation qu'elle va se définir. (ibid, 2007).

Nous utiliserons donc le terme de posture comme le résultat d'une opération mentale qui s'est construit autour d'un objet, qui est ici la promotion de la santé, pour influencer toutes les actions s'y rapportant. Ce pourrait être en langage commun une prise de position induite par un état d'esprit, une mentalité et entraînerait un certain comportement. La posture représenterait la fin du processus de l'attitude.

Maintenant, nous nous posons la question si cette opération mentale qui aboutirait à une posture de promotion de santé est présente, partiellement, ou pas, pour tous les sujets et comment se manifeste-t-elle ? Afin de développer cette posture il est donc nécessaire de comprendre de quoi est fait cet état mental qui semble avoir une emprise sur le comportement.

2.4.1. L'attitude

Dans la littérature l'attitude est un concept beaucoup étudié et beaucoup publié. Sur PubMed au Mesh l'Attitude apparaît 217'833 articles, les premiers en 1947. On peut penser que ce concept a une bonne assise dans la recherche. Pour le définir les manuels de psychologie sociale nomment la définition de Allport (1935) comme étant celle qui fait autorité (Alexandre, 1996, p 23 ; Rateau, 2007, p167).

Se référant à Allport qui définit l'attitude dans le mental prêt à l'action à propos de tout objet ou situation, nous sommes orientée vers des domaines de recherche variés : le marketing, l'écologie avec l'étude du comportement du consommateur, les sciences de

l'éducation avec la motivation de l'élève, la santé avec les comportements à risque, la migration avec les types d'intégration, la communication avec le non verbal, etc...pour n'en citer que quelques uns en rapport à quelques comportements.

Dans le domaine de la psychologie sociale, le concept d'attitude est étudié dans le champ des représentations sociales. Pour préciser, la représentation sociale est *une construction cognitive, une élaboration psychologique et sociale de la réalité, faite dans l'interaction avec les autres et concourant à produire un univers consensuel, une vision commune à un ensemble social ou culturel donné* (Jodelet, 1992, p.41). Pour la situer schématiquement et de manière raccourcie, l'attitude serait entre cette élaboration mentale inter-subjective de l'objet et le comportement de l'individu en rapport à cet objet. Comme la représentation sociale, l'attitude est acquise, non innée.

Il y a donc imbrication entre attitude et représentation et ceci plus fortement lorsque l'objet n'est pas connu nous dit Salesses (2005, p 473). En effet, la structure représentationnelle de l'objet n'étant pas encore stabilisée les manifestations de l'attitude à l'égard de l'objet pourraient être les indices, les témoins de ce processus en construction. A ce propos les travaux de Moscovici indiquent que lors de la création d'une structure représentationnelle à l'égard d'un objet l'attitude joue un rôle déterminant dans l'expression de son opinion, pour devenir une dimension secondaire lorsque la représentation est constituée (Salesses, Ibid, p 471).

Dans ce travail, l'objet étudié étant la promotion de la santé, il sera donc à définir si la promotion de la santé est un concept nouveau ou bien connu. Au sens de la charte d'Ottawa il est nouveau alors qu'au sens de l'approche biomédicale il est bien ancré. Nous pourrions donc considérer que l'élaboration du projet, pendant le module spécifique à l'enseignement de la promotion de la santé, participe à la construction de la structure cognitive de la représentation du concept de la promotion de la santé chez les étudiants. Et que, leur attitude à l'égard de la promotion de la santé montrerait des indices de cette construction.

2.4.1.1. Rôle de l'attitude

Dans le langage commun, l'attitude est un terme couramment utilisé sans toutefois être toujours bien défini. Appartenant à la fois au domaine du mental et du physique elle peut

être employée à la fois comme explicatif et comme prédictif du comportement (Alexandre, op. cit, p 26).

En tant que prédisposition mentale elle pourrait induire ou prévoir un certain comportement. Elle peut être mesurable par des méthodes d'échelles qui vont apprécier cet état mental en regard à des comportements attendus. Le domaine du marketing utilise volontiers cet axe pour étudier le lien existant entre attitude et comportement à l'égard d'un produit et influencer les comportements des consommateurs, un lien de cause à effet (Marguerat et Cestre, 2002 ; Bressoud, 2002).

Ici, l'attitude définie officiellement dans le glossaire marketing est l'ensemble des éléments d'évaluation personnelle dont dispose un individu à l'égard d'une marque ou d'un produit. La communication publicitaire cherche à influencer l'attitude à l'égard du produit sur trois dimensions, cognitive, affective et conative. Le domaine de l'école est aussi un terrain où l'attitude se mesure en tant que prédisposition mentale. Cela signifie que l'attitude de l'élève envers l'école influence son comportement scolaire donc ses résultats (Bennacer, 2008).

En tant que explicatif du comportement, observer l'attitude va plutôt relever de la communication verbale, le lien entre le « dire » et le « faire » (Alexandre, op. cit, p 26). Par exemple, dans le domaine de la santé et du social les attitudes sont très souvent examinées selon cet axe pour déterminer, comprendre les comportements des individus entre le « dire » et le « faire ». Nous ne tenterons pas d'expliquer un certain comportement à l'égard de la promotion de la santé mais plutôt d'en observer l'attitude en tant que prédisposition mental.

2.4.1.2. Les trois composantes de l'attitude

Les indices qui permettent d'observer l'attitude ont été identifiés il y a longtemps (dès le début du 20^{ème} siècle) et sont de trois dimensions, affective, cognitive et conative. Pour Rosenberg et Howland (1960), auteurs du modèle le plus connu, le meilleur et qui a inspiré d'autres modèles (Alexandre, op.cit, p 28; Thomas et Allaphilippe, 1993, p 21), ces trois dimensions correspondent à trois types de réponses suscitées par l'attitude. Elles ne sont

pas toujours bien délimitées entre elles et structurant l'attitude elles sont quelque fois même en chevauchement (Fiske, 2008, p 269).

La composante affective correspond aux émotions, aux sentiments, aux opinions, négatives ou positives à l'égard d'un objet. C'est une dimension évaluative qui exprime l'émotion ou le sentiment induit par la présence réelle ou évoquée de l'objet (Alexandre, op.cit, p 28).

Par exemple :

Mireille, étudiante, prend connaissance du contenu du module dans lequel elle va élaborer un projet de promotion de santé en groupe, sur cinq semaines. Cela lui plaît : la promotion de la santé, elle connaît plus ou moins. Elle fait attention à sa santé et pense que les politiciens devraient aussi plus s'y intéresser autrement que pour dire « la santé ça coûte ! ». L'objet plaît, ne plaît pas ou laisse indifférent, il est intéressant ou pas, on aime ou on n'aime pas. Mireille donne une valeur positive à la promotion de la santé, valeur qui peut changer au cours du déroulement du module. C'est la composante affective.

Puis elle se dit qu'elle a déjà une idée de thème à proposer à son groupe, autour des problèmes de poids chez l'enfant. Elle imagine même prendre contact avec son amie actuellement stagiaire pour intervenir auprès d'enfants de classe enfantine. Mireille pense que leur groupe pourrait créer un flyer (elle ne pourra pas mais elle ne le sait pas encore !) qui informe les enfants et les parents de l'importance d'une bonne alimentation. C'est la composante comportementale ou conative, constituée des intentions d'actions ou l'espoir d'actions futures.

Mireille se dit que la promotion de la santé étant de sensibiliser, informer et responsabiliser (c'est sa croyance), le thème auquel elle a pensé correspondrait parfaitement au lieu proposé. Toutefois, elle se dit, qu'il faudra qu'elle se replonge dans ses cours de première année qui traitent de la promotion de la santé. Elle se rappelle l'importance de la charte d'Ottawa et des déterminants de la santé. C'est la composante cognitive, l'ensemble des connaissances et des croyances qui concernent la promotion de la santé ainsi que la crédibilité que Mireille accorde à ces informations.

Aujourd'hui l'attitude, plutôt que définie par ses trois composantes, est observée dans les études par sa fonction évaluative qui peut tout de même évoquer des informations pas seulement de l'ordre de l'affectif mais aussi conatif et cognitif.

Il y aurait beaucoup à dire sur les attitudes, c'est pourquoi nous choisissons de présenter des affirmations présentes dans les manuels de psychologie sociale par exemple celui de Fiske (op. cit) révisé scientifiquement par Leyens, à propos des attitudes qui vont permettre de mieux comprendre le choix du dispositif pédagogique pour développer la posture de promotion de la santé auprès des étudiants qui se préparent à être infirmière.

2.4.1.3. A propos des attitudes

- Toutes les attitudes ont une fonction de compréhension qui implique l'évaluation de l'objet concerné (Fiske, 2008, p 275). L'outil d'évaluation utilisé est une échelle qui peut être bipolaire (ok / pas ok en passant par le neutre) ou unipolaire (de neutre à ok).
- Plus l'objet est compris cognitivement et plus il est accessible c'est à dire évalué immédiatement (Ibid, p 276). Et plus il est mentalement accessible plus il prédit le comportement (Ibid, p 305).
- Les individus qui ont de grands besoins cognitifs montrent une forte corrélation entre attitude et comportement (Ibid, p 307).
- Plus les attitudes correspondent aux connaissances concernées, plus elles prédisent le comportement (Ibid, p 304).
- Les attitudes sont acquises et non innées. Elles se construisent avec les expériences faites au contact direct ou indirect de l'objet (Ibid, p 279). Plus l'attitude est basée sur l'expérience directe, plus elle est accessible et plus elle prédit le comportement (Ibid, p 305).
- Chacune des trois composantes de l'attitude peut ne pas être en cohérence avec l'évaluation globale et ainsi, la structure ne présente pas de cohérence interne (Ibid, p 271). Plus les pensées et les ressentis sont en cohérence et plus l'attitude prédit le comportement (Ibid, p 305).
- Les individus jeunes et les plus âgés ont des attitudes plus malléables (Ibid, p 307).
- La structure de l'attitude peut être complexe quand sa dimension cognitive prend en compte plusieurs cognitions indépendantes les unes des autres qui vont pondérer la

dimension cognitive générale de l'objet. Dans ce cas, elle peut être plus ou moins ambivalente et difficile à évaluer (Ibid, p 269).

- L'attitude positive s'accroît corrélativement avec le niveau de connaissance de l'objet et elle apparaît nettement plus structurante que l'attitude négative (résultats des travaux de Salesses, op. cit, 2005).

- Les attitudes ne prédisent pas toujours les comportements car d'autres variables pourraient les influencer, comme les normes sociales (Fiske, ibid, p 301).

- L'acquisition des attitudes se fait aussi bien affectivement que cognitivement. La formation des attitudes s'appuie plutôt sur des processus affectifs (Ibid, p 280) qui peuvent découler de processus d'apprentissage par conditionnement simple (la référence la plus connue étant Pavlov), par conditionnement opérant (travaux de Skinner qui renforcent un comportement par la récompense), par imitation et par observation ou bien, être suscités par la fréquence de l'exposition de l'objet où plus l'objet est exposé et plus l'évaluation se positive (Ibid, p 283).

- Tandis que le changement d'attitudes est plutôt associé au cognitif qui suite à l'embarras face à la contradiction va rééquilibrer comportement et attitude pour rechercher une cohérence. Plusieurs théories sont développées à ce propos, celle que nous privilégions est celle de la dissonance cognitive.

Nous pensons être ouverts dans nos approches concernant le type de structure à laquelle nous nous adressons pour travailler sur l'attitude. Soit les étudiants ont très peu été exposés au domaine de la promotion de la santé et il s'agit de la formation d'une nouvelle structure auquel cas le domaine des affects est prioritaire, soit les étudiants ont déjà été en contact avec la promotion de la santé et il s'agit d'un changement ou bien d'un renforcement d'attitude auquel cas le domaine du cognitif est primordial. Quoiqu'il en soit affectif, cognitif et conatif ont largement la place pour s'exprimer et faire évoluer la posture de promotion de la santé dans le scénario pédagogique prévu.

2.5.. Le scénario pédagogique : variable indépendante

La conception de l'enseignement dans ce module est de l'ordre du socio-constructivisme, un des modèles pédagogiques privilégiés et reconnu dans les valeurs pédagogiques de la Haute Ecole de Santé de Fribourg (Heds, 2001). Il s'inscrit dans une pédagogie des groupes, interactive et présente un dispositif systémique, dynamique qui tient compte des interactions entre les étudiants, de la tâche à effectuer et des ajustements qui s'ensuivent (Montandon, 2002, p 12). La tâche consiste donc ici à élaborer un projet de promotion de santé avec une population choisie, et ceci en cinq semaines.

2.5.1. La tâche des étudiants: élaborer un projet de PS

Le titre du module s'intitule « Conceptualiser une posture de promotion de la santé en élaborant un projet de promotion et/ou de prévention ». Elaborer ce projet signifie que les étudiants par groupe de 3 à 5 identifient une problématique de santé et réfléchissent avec la population concernée à des pistes susceptibles d'amener à un ou des changements souhaitables et réalisables du point de vue de la santé et du bien être. Comme vu au chapitre des principes guidant le dispositif pédagogique (chapitre 2.1.2.3) le partenariat avec les populations est un élément clé au développement de la posture de promotion de santé chez les étudiants notamment pour expérimenter les notions d'empowerment et de participation et comprendre ce que signifie une population partie prenante d'un projet et actrice de sa propre santé.

2.5.1.1. Les étudiants choisissent

Cette tâche à réaliser, clairement définie dans son ensemble, leur est transmise trois mois avant le début du module. Ils forment alors leur groupe librement et réfléchissent au thème qu'ils choisiront en lien avec la santé. Ils approchent une population non vulnérable¹² qui pourrait être concernée par la thématique et accessible dans le temps imparti. Ils ont le choix du setting¹³ pourvu que les autorisations arrivent à temps. Nous trouvons en annexe

¹² Vulnérable selon la définition de Kemp et al. (2000) cité par Monod et Sautebin (2009) : Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité, et l'intégrité sont menacées.

¹³ Défini en page 30

1 la liste des intitulés des 64 projets qui ont été suivis par les étudiants depuis 2006 jusqu'en 2011.

2.5.1.2. Les étudiants ne choisissent pas

La présence aux cours est obligatoire. Chaque contenu de cours est enseigné de manière à nourrir leur projet au fur et à mesure qu'il se déroule. Pour que nous puissions faire une évaluation lors des examens avec les mêmes critères pour tous, nous rendons obligatoire pour tous les groupes le suivi d'une même démarche qui consiste à l'identification d'un contexte de départ, l'analyse de besoins avec la population concernée, la formulation d'objectifs, l'établissement d'un plan d'action et le regard critique sur le projet et la relation au thème dans la conception du rôle professionnel.

Pour favoriser une opportunité de posture de la promotion de la santé dans laquelle l'empowerment et la participation de la population sont possibles, la rencontre avec la population concernée est obligatoire pour les étudiants et ceci à deux reprises : l'une pour recueillir les besoins de cette population en rapport avec le thème, l'autre pour leur redonner tous les résultats et établir ensemble un plan d'action.

Chaque groupe projet a un professeur référent, expert du domaine de la promotion de la santé, qui les suit depuis le début du projet jusqu'au passage des examens, en juillet, cinq semaines après la fin du module. L'examen consiste à fournir un travail écrit d'une trentaine de pages décrivant la démarche à l'aide des cadres de référence développés dans le module et la présentation orale d'un poster visualisant le projet à travers la démarche utilisée pour développer la posture de promotion de santé.

Dans un scénario pédagogique le rôle du dispositif pédagogique est primordial pour favoriser les apprentissages. Il présente quatre états de fait qui sont le conflit, l'activité de l'étudiant qui donne sens à la situation d'apprentissage, le professeur qui accompagne et l'étudiant qui verbalise (Montandon, *ibid*, p 30). Voici la présentation de notre dispositif pédagogique qui, nous pensons, favorise le développement d'une posture de promotion de la santé.

2.5.2. Le dispositif pédagogique

2.5.2.1. Le but du dispositif pédagogique

Le but essentiel est que ce dispositif présente toutes les conditions favorables pour que les étudiants comprennent le domaine de la promotion de la santé et acquièrent une posture de promotion de la santé. La conceptualisation et l'élaboration du projet de promotion de santé vont permettre aux étudiants d'expérimenter une posture professionnelle où le soignant ne sait pas « à priori » ce qui est bon pour l'autre. Ils seront de réels partenaires qui co-construisent un projet avec la population concernée qui détermine elle-même ses priorités. Ils quitteront une approche centrée sur la maladie, pour adopter un point de vue orienté vers la promotion de la santé. Ils accompagneront la clientèle dans leur processus de gestion de la santé (Heds, 2011).

2.5.2.2. Le conflit socio cognitif

Autant la théorie de Piaget, que celle de Vygotsky, sont utiles pour comprendre les tenants et les aboutissants du conflit socio cognitif (Doise et Mugny, 1981). Issu des interactions entre pairs le conflit devrait apparaître lors de confrontations entre les conceptions divergentes.

Pour ce qui concerne notre objet d'étude, un premier déséquilibre interindividuel peut apparaître à l'intérieur du groupe de 3 à 5 étudiants car chaque étudiant est confronté à des points de vue différents à l'intérieur même du groupe. Ce qui provoque un deuxième déséquilibre intra-individuel où l'étudiant reconsidère les nouvelles données en regard de ses propres représentations et rééquilibre ses structures cognitives. Il prend ainsi conscience de sa propre pensée par rapport à celle des autres.

De nombreux moments pouvant susciter ce type de conflit sont : pendant les cours car chaque contenu de cours est étudié en lien avec leur projet, pendant les séminaires qui une fois par semaine permettent des interactions inter-groupes, aux contacts de la population concernée par leur thématique de santé et dans les interactions avec le professeur qui les accompagne tout au long de leur projet.

2.5.2.3. L'activité de l'étudiant donne sens à la situation d'apprentissage

Afin de développer une posture de promotion de la santé, l'activité de l'étudiant présente deux axes qui se croisent régulièrement pendant les cinq semaines.

L'un est centré sur l'acquisition de connaissances en classe, en interprétant des savoirs et des savoirs faire pris dans leur contexte. Le contexte est le plus réel possible puisqu'il s'agit de leur projet de promotion de santé. En effet, les concepts et théories, les approches et modèles, les contenus politiques, économiques, épidémiologiques, etc... étudiés en classe, sont travaillés en groupe et en lien avec leur thématique de santé au fur et à mesure que se déroule leur projet. Les savoirs se construisent en suivant l'avancée de la démarche. Ainsi, les étudiants donnent un sens à leur situation d'apprentissage. Cet axe donne une plus grande importance à la dimension cognitive.

L'autre axe est centré sur la mobilisation de ces savoirs et savoirs faire dans le cadre de leur projet et l'application concrète des connaissances acquises dans les cours. Les étudiants sont actifs, créatifs et autonomes pour élaborer leur projet dans le cadre donné en suivant les étapes pour le réaliser en cinq semaines. Cet axe donne une plus grande importance à la dimension affective car les étudiants sont intéressés par la thématique choisie, motivés par l'application directe des savoirs et savoirs faire. Ils vivent activement toutes les étapes organisant leur réalisation avec une volonté de réussir.

Le but final n'est pas la réussite du projet de promotion de la santé qui envisage un changement en rapport à une thématique de santé, une population concernée et un setting mais le développement de la posture de promotion de la santé visualisée au moment des examens, dans la présentation d'un poster et d'un travail écrit retraçant les principales étapes du projet. L'importance est mise sur le processus et non le résultat.

2.5.2.4. Le rôle des professeurs

Qu'importe le type de pédagogie, le rôle des professeurs est tout d'abord, d'être capable de ne pas imposer tout en proposant, d'organiser des situations tout en permettant l'émergence de la liberté, de créer des conditions qui favorisent, sans, pour autant, se

mettre à la place de l'autre pour apprendre, parce que, comme le dit très justement Lacan : « si je me mets à la place de l'autre, l'autre, où se mettra-t-il ? » (Merrieu, 1999).

Cela signifie que, sur le plan de la pédagogie choisie, dans ce dispositif, d'un point de vue cognitif, les professeurs fournissent des outils pédagogiques variés, exploitent en séminaires les informations issues des groupes, sont à l'écoute du conflit cognitif et peuvent le susciter, font des réajustements tout au long du déroulement de la démarche du projet, soutiennent la créativité des étudiants à l'intérieur du cadre et renforcent leur recherche d'autonomie.

D'un point de vue affectif, chaque groupe a un professeur référent qui les coache, les accompagne dans leur incertitude créée par la nouveauté de la didactique, les soutient dans leurs démarches, leur offre une disponibilité tout en utilisant l'empowerment pour favoriser leur autonomie en tant que groupe et les aide à gérer leur frustration générée entre autres par la non opérationnalisation de leur projet.

De plus, pour gérer les confusions pouvant apparaître entre l'ancien paradigme référé à l'approche biomédicale et le nouveau paradigme référé à la charte d'Ottawa, les professeurs qui interviennent dans ce module sont experts du domaine de la promotion de la santé.

2.5.2.5. La métacognition

L'étudiant Bachelor en soins infirmiers exerce l'analyse réflexive, notamment sur sa pratique, tout au long de sa formation. Dans ce module de cinq semaines la métacognition se situe particulièrement dans un séminaire de trois heures, une fois par semaine, dans lequel les groupes échangent entre eux l'avancée de leur projet respectif, la recherche de stratégies, leurs ressources, leurs compétences et leurs motivations.

La métacognition s'exprime également par la création d'un poster, demandé pour valider le module, montrant les principales étapes du projet et d'autre part un travail écrit retraçant le déroulement du projet. Ce travail écrit est alimenté par les contenus de cours que les étudiants intègrent au fur et à mesure que se déroule leur projet.

Il s'agit de réflexions, d'analyses faites à l'aide de concepts, de modèles ou d'approches. Par exemple, le contenu du cours est l'approche écologique et chaque groupe analyse sa thématique en regard de l'approche écologique. Il s'agit aussi d'apports de contenus comme les politiques et réseaux de santé et chaque groupe étudie sa thématique en regard des politiques et réseaux de santé et l'intègre dans leur travail écrit.

Chaque cours est construit pour viser à ce que chaque groupe se positionne dans leur projet pour travailler avec leur population et réfléchir sur leur positionnement professionnel. Un cours de quatre heures, en fin de module, est prévu pour mettre en évidence les apprentissages et envisager les transferts dans la pratique professionnelle.

2.5.3. Mise au point

Nous cherchions au départ si le but fixé par ce module qui était de conceptualiser une posture de promotion de la santé pouvait être atteint. Pour cela, nous avons présenté l'importance de prendre en compte, dans l'enseignement, trois choses.

La première est la non compréhension du concept existant autant à l'intérieur de la profession infirmière qu'à l'extérieur, dû à sa complexité, sa jeunesse et sa constante évolution.

La deuxième est la confusion qui existe, autant dans le domaine des soins que dans celui de la formation, entre la conceptualisation de la promotion de la santé d'avant et celle de maintenant, entre celle qui relève de l'approche biomédicale centrée sur la santé/maladie et celle de la charte d'Ottawa centrée sur les déterminants de la santé.

La troisième est l'accessibilité à des opportunités de pratiquer la promotion de santé auprès de populations qui expriment clairement leurs besoins et leurs non besoins.

Dans ce scénario pédagogique mis en place pour ces étudiants, jeunes adultes ayant été, jusqu'à maintenant, peu en contact avec la promotion de la santé telle que définie par la charte d'Ottawa, nous pensons que l'attitude se structure autour des savoirs, des savoirs-faire et des savoirs-être appris pour comprendre, expérimenter et vivre le concept de promotion de la santé avec la population concernée par leur projet.

Nous partons du constat que ce scénario pédagogique mis en place à la Heds santé de Fribourg depuis 2006, favorise une posture de promotion de santé, mais nous n'en n'avons pas les preuves. C'est pourquoi nous posons notre question de recherche

2.6. Question de recherche

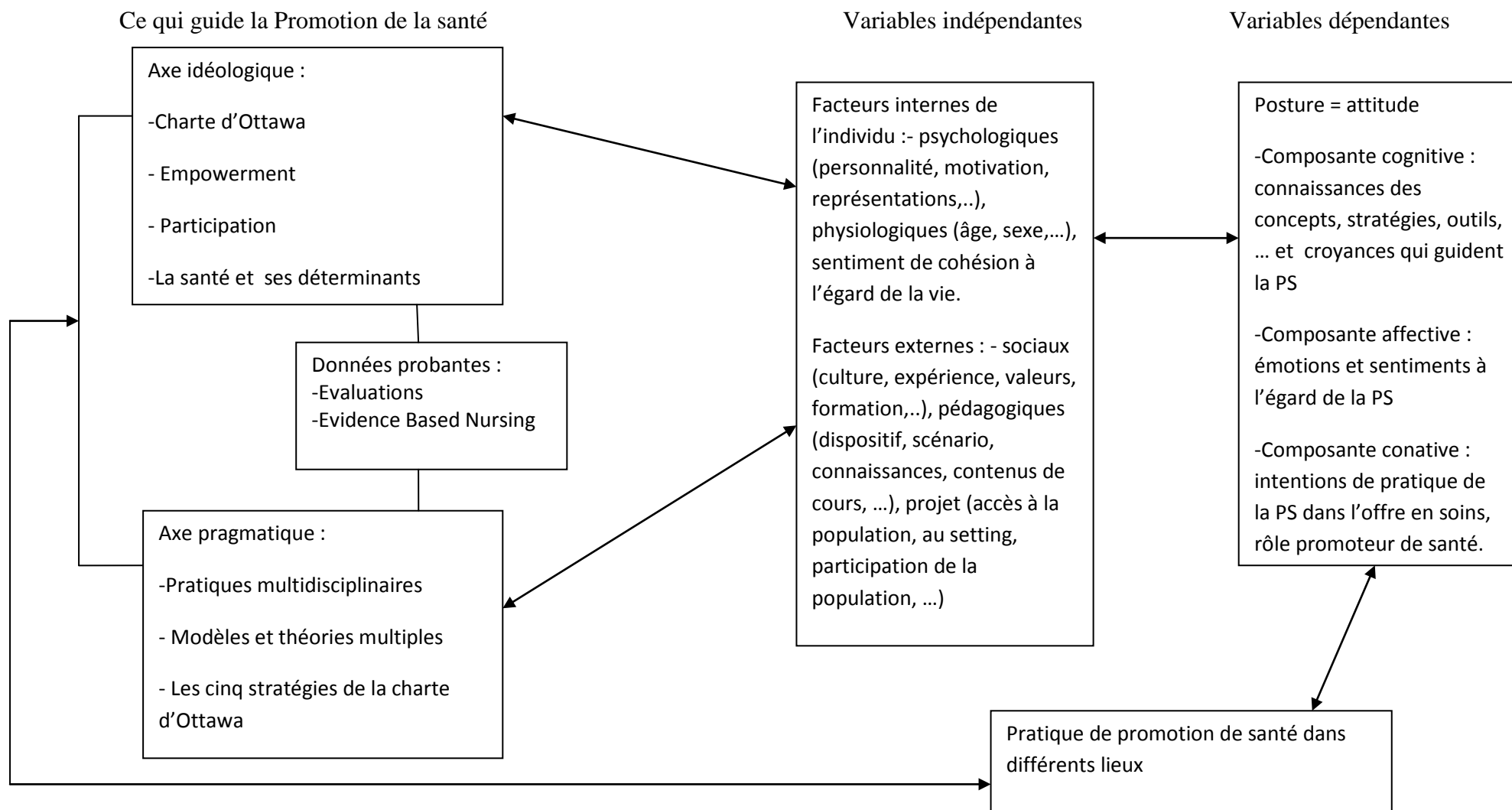
Est-ce que les étudiantes et étudiants en dernière année de Bachelor en Soins infirmiers développent une posture de promotion de la santé quand ils élaborent un projet de promotion de santé ?

Quels sont les facteurs qui influencent les composantes cognitives, affectives et conatives de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé ?

Objectifs :

- Mesurer l'évolution de la posture de promotion de la santé des étudiants au cours des cinq semaines.
- Mesurer l'effet du scénario pédagogique mis en place pendant ce module sur la posture de promotion de la santé à la fin du module.
- Identifier les facteurs qui influencent les composantes cognitives, affectives et conatives de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé.

2.7. Cadre conceptuel



METHODOLOGIE

1. Terrain de recherche et population d'étude

Pour tenter de répondre à notre question de recherche concernant l'attitude des étudiants à l'égard de la promotion de la santé dans le cadre d'une participation de la population à la thématique de santé qui les concerne, nous questionnons les étudiants de troisième année Bachelor de la Heds santé à Fribourg. Cela se passe en mai 2011, au moment où ils vivent le module de cinq semaines dans lequel ils élaborent leur projet de promotion et/ou de prévention en santé. Ce module est le dernier de la formation avant les derniers examens pour l'obtention de leur diplôme Bachelor en Soins infirmiers. Les étudiants sont au nombre de 51, 48 femmes et 3 hommes, âgés en majorité entre 22 et 24 ans, 48 ont rempli le questionnaire lors de la première passation, 50 lors de la deuxième et 49 à la troisième.

2. Collecte de données

2.1. La méthode du questionnaire dans le domaine des attitudes.

Dans la littérature il existe plusieurs techniques d'échelles pour mesurer l'attitude (Thurstone, Likert, Guttman). Elles consistent à poser plusieurs questions supposées se rapporter à l'attitude étudiée. L'attitude existant en tant qu'état mental, les réponses aux questions ne reflètent que ce que le sujet peut et veut nous dire. Elles sont tout de même un bon indice et plus les réponses sont cohérentes entre elles plus l'attitude existe (Matalon, 1996, p43).

C'est pourquoi nous avons choisi l'échelle de Likert qui se soucie du niveau de cohérence entre les items et fournit donc un critère considéré comme un bon indice de l'objet d'attitude recherché (Ibid, p48). D'autre part, cette échelle est simple à construire du point de vue de sa structure et elle est très utilisée pour mesurer les croyances et les construits cognitifs comme les perceptions et les intentions (Gagné & Godin, 1999).

Bien que la technique de l'échelle de Likert pour exprimer un avis sur un objet est largement utilisée, nous n'avons pas trouvé de questionnaire, validé ou pas, qui traite de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé.

Comme il s'agit d'un concept relativement complexe qui n'est pas bien défini, qui représente un domaine pas encore très bien délimité, qui relève de plusieurs dimensions à la fois idéologique et pragmatique, qui intéresse plusieurs disciplines, nous avons opté pour des questions générales qui reflètent une vision large de la promotion de la santé se centrant sur les principes qui guident notre dispositif pédagogique (cf. chapitre 2.1.2.3.) à savoir la salutogenèse, les déterminants de la santé, la participation et l'empowerment.

2.2. Elaboration des items

La première étape est d'identifier un certain nombre de phrases représentatives des différents aspects de la promotion de la santé dans ses dimensions cognitives, affectives et conatives qui permettent aux étudiants d'exprimer un avis favorable ou défavorable. Cela nécessite nous disent Gagné et Godin (Ibid, p7), d'avoir un nombre d'items à disposition *choisis de façon plus ou moins intuitive en fonction de leur relation potentielle avec l'objet d'étude*.

Pour cela nous avons identifié dans les contenus des 50 travaux écrits de validation du module (annexe 1) des promotions précédentes entre 2006 à 2010, des avis, des remarques et commentaires à l'égard de la promotion de la santé qui revenaient souvent en terme négatif et positif et nous les avons formulés en terme d'affirmations. Puis nous les avons classés en fonction des trois composantes de l'attitude à savoir la cognitive, l'affective et la conative.

Dans la dimension cognitive nous trouvons la conviction provoquée par la promotion de la santé en termes de croyances et de connaissances de concepts, de stratégies, d'outils, spécifiques à ce domaine. Les items de la dimension affective prennent en compte les émotions et les sentiments à l'égard d'une démarche de promotion de santé dans laquelle la notion de participation de la population est importante. Ceux de la dimension conative traduisent l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique professionnelle, avec la notion de participation. Les items présentés sont des affirmations ayant eu l'occasion d'être questionnées au cours du déroulement du module. Le descriptif de ces items se trouve en annexe 2.

Pour la prise en compte du sentiment de cohésion qui favoriserait une posture de promotion de santé (chapitre 2.1.2.3. A, p12), nous avons extrait deux questions d'un questionnaire de treize questions, issu de l'échelle psychologique d'Antonovsky et utilisé pour une enquête nationale

de santé de la population au Canada (Hood et al, 1996, p27). L'une mesure le sentiment qu'à des problèmes existent des solutions (item 33), une autre que la vie a un sens (item 32).

2.3. Administration du questionnaire

La récolte des données s'est faite au moyen du questionnaire écrit distribué en classe en début de cours. L'introduction écrite en début du questionnaire (cf. annexe 3) est lue oralement aux étudiants, ils sont informés qu'ils peuvent ne pas y participer. Pour mesurer l'évolution de l'attitude nous distribuons le questionnaire à un temps 0, un temps 1 et un temps 2.

Au temps 0 : c'est le tout début du module, le premier jour. Le questionnaire est rempli avant que les étudiants reçoivent toutes les explications concernant le dispositif pédagogique mis en place pour effectuer la démarche de leur projet. Ils ne sont toutefois pas sans informations puisque trois mois avant, les étudiants reçoivent un document dans lequel est expliqué ce que signifie « conceptualiser une posture de promotion de la santé en élaborant un projet de promotion et/ou de prévention » dans le cadre du module (cf. chapitre 1.4.1 p 5). Ils ont, également pendant ces trois mois, la consigne de se choisir des groupes de quatre et de délimiter un thème de santé avec un contexte et une population accessibles dans les temps impartis et prêts à réfléchir avec eux sur une problématique de santé.

De plus, les étudiants arrivent au deuxième semestre de la troisième année avec un bagage de connaissances dans le domaine de la promotion de la santé développées tout au long de la formation et d'expériences d'éducation à la santé et de prévention exercées lors des stages. Ils ne sont donc pas dans une position de novice.

Au temps 1 : le questionnaire est rempli, en classe, à la fin de la troisième semaine lorsque les étudiants se préparent à rencontrer leur population pour analyser ensemble les résultats du recueil des données qui correspond aux besoins et ressources en lien avec la thématique de santé.

Au temps 2 : le questionnaire est distribué en classe, à la fin des cinq semaines, au dernier jour lorsque les étudiants ont effectué toute la démarche depuis l'identification du contexte jusqu'à l'établissement, avec leur population concernée, d'un plan d'actions issu de l'analyse commune des besoins et des ressources. Le plan d'actions n'est pas appliqué, le projet s'arrête

là pour les étudiants. A ce temps 2, les étudiants ont terminé leur projet et il leur reste cinq semaines pour finaliser leur travail écrit et leur poster en vue de la validation du module.

2.4. Construction du questionnaire

L'échelle de Likert se présente comme un questionnaire composé de différents items avec lesquels l'étudiant exprime son accord ou son désaccord. Chaque item a un poids identique. Notre questionnaire propose cinq positions possibles entre entièrement d'accord et absolument pas d'accord.

Le choix s'est fait sur une échelle de mesure impaire pour permettre de mesurer l'évolution entre les trois passations de ce questionnaire et permettre aux indécis de se positionner au fil du déroulement de cette étude. En effet, l'étudiant peut par manque de connaissances ne pas se sentir concerné parce qu'il pense que la promotion de la santé n'a pas sa place dans son projet professionnel. Puis en élaborant un projet de promotion de santé avec une population il développera des compétences, modifiera ses croyances et comprendra ce que signifie la promotion de la santé dans le domaine des soins infirmiers.

Ce questionnaire présente, outre les questions sur l'âge et le sexe, trente trois items issus des contenus des travaux des années précédentes et composés en fonction des hypothèses de recherche. Ils respectent d'une part les trois dimensions de l'attitude : cognitive, affective et conative et la dimension de la salutogenèse d'autre part.

Pour la dimension cognitive, onze propositions sont relatives aux croyances, aux savoirs des étudiants (es) vis-à-vis de la promotion de la santé ; pour la dimension affective neuf items présentent les sentiments positifs ou négatifs que les étudiants (es) éprouvent vis-à-vis de la promotion de la santé prise au sens de la charte d'Ottawa ; pour la dimension conative, il s'agit de la volonté des étudiants(es) dans la mise en application de la promotion de la santé dans la pratique professionnelle et onze items sont présentés. Puis deux items vont permettre de mesurer la santé attitude c'est-à-dire l'attitude à l'égard de la vie, le sentiment de cohésion qu'a l'étudiant(e) à l'égard de la vie en général.

Chaque dimension a une série d'items qui doivent à l'issue de l'étude, montrer si oui ou non, de favoriser la participation d'une population, à une thématique de santé qui la concerne,

permet de développer l'attitude de promotion de la santé du futur professionnel. Ces items expriment des opinions et non des faits.

Ils sont de deux tendances : tendance positive et tendance négative. Ainsi, sur les trente trois items, seize sont à tendance positives et dix sept à tendance négatives.

Pour traiter les données une note a été attribuée à chaque item. Pour les items à tendance positive une note de cinq correspond à la réponse « entièrement d'accord ». Cette réponse montre une attitude favorable vis-à-vis de la compréhension, de l'attirance ou de l'application de la promotion de la santé dans la pratique professionnelle. Les items à tendance négative qui attestent une attitude défavorable vis-à-vis de la promotion de la santé, « entièrement d'accord » reçoivent la note de un.

		Tendances	Questions
Trois composantes de l'attitude	Dimension cognitive	Positive : 4 items	2, 10, 26, 28
		Négative : 7 items	1, 7, 11, 14, 16, 19, 23
	Dimension affective	Positive : 3 items	4,12, 18, 20
		Négative : 6 items	3, 8, 15, 29, 30
	Dimension conative	Positive : 7 items	5, 13, 17, 22, 24, 25, 27
		Négative : 4 items	6, 9, 21, 31
Trait de personnalité	Santé attitude	Positive : 2 items	32, 33

3. Validation du questionnaire

Dans la note scientifique et technique numéro 178 de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) Bouletreau et al, (1999, p1) montrent que s'il est possible d'élaborer un questionnaire il est primordial d'apporter une attention particulière à sa validation afin de l'utiliser comme instrument de mesure. En effet, trois qualités fondamentales sont que les mesures réalisées soient bien reproductibles, que l'outil choisi mesure bien ce pour quoi il a été construit et qu'il permette de rendre compte d'une modification même minime du phénomène exploré, au sein d'un groupe ou chez un même individu, autrement dit la fiabilité, la validité et la sensibilité au changement.

3.1. La fiabilité

Un questionnaire est fiable ou fidèle s'il donne des résultats comparables dans des situations comparables. Cottraux (1985, cité par Bouletreau et al, 1999) considère la fiabilité à trois niveaux : celle de l'enquêteur qui vérifie que les réponses de l'enquêté sont indépendantes de l'enquêteur, celle au cours du temps qui contrôle la concordance entre les réponses à une même question obtenue à plusieurs temps différents mais dans des conditions identiques et celle de l'instrument qui présente une cohérence interne. Comme il s'agit d'un questionnaire auto géré, il n'y a pas d'erreur possible inter enquêteurs. Pour le deuxième critère le questionnaire n'a pas été testé et retesté auprès d'étudiants avant le premier temps d'administration du questionnaire. Et pour vérifier la cohérence interne du questionnaire un alpha de Cronbach est effectué sur la totalité des résultats, nous obtenons le résultat de 0.76, qui est un résultat satisfaisant.

3.2. La validité

Puis vient la validité qui pour la plupart des auteurs qui sont penchés sur ce thème nous dit Bouletreau et al. (1999), porte sur l'apparence, le contenu, le critère et la structure

3.2.1. La validité contre critère

Elle évalue les résultats obtenus avec un instrument, en comparaison avec ceux obtenus avec un instrument de référence qui mesure la même chose. Malheureusement, dans le domaine de la promotion de la santé il n'existe pas encore d'instrument « gold standard » pour mesurer une posture de promotion de santé. Une autre forme de validité contre critère est la validité prédictive, intéressante lorsque le critère de référence n'est pas mesurable (Ibid, p 11). Pour notre étude nous avons considéré que l'attitude pouvait être prédictive du comportement à propos de pratique de promotion de santé, mais nous n'avons pas envisagé de le mesurer dans les faits mais plutôt dans les intentions.

3.2.2. La validité d'apparence

Elle correspond au jugement d'experts sur la valeur apparente de l'échelle (Fermanian, 1996, cité par Bouletreau et al, 1999, tableau 5). Après rédaction nous avons sollicité l'avis d'experts du domaine afin d'apporter une appréciation subjective sur la formulation des items, la

planification du questionnaire, la compréhension des questions la pertinence des modalités de réponse, le choix des réponses et leur nombre, la longueur du questionnaire. Douze personnes professionnelles de la santé, en formation MAS en Public Health à l'IMSP¹⁴ à l'Université de Genève, ont apporté leurs appréciations. Quelques remarques sont faites qui concernent la population à laquelle ce questionnaire est adressé, certaines questions (17, 21, 22, 24, 31) étant plus spécifiques aux infirmières et infirmiers ; le choix d'une échelle impaire ; le descriptif du début qui explique son objectif. Dans l'ensemble ces personnes ont répondu aux 33 items et ont tous utilisé la partie commentaire de l'item pour enrichir leur réponse. Des changements sont apportés dans la formulation de certains items.

3.2.3. La validité de contenu

La validité de contenu s'intéresse à la pertinence du questionnaire vis-à-vis du phénomène étudié et cet aspect est d'autant à considérer si la définition du concept étudié ne fait pas l'objet d'un consensus (Ibid, p11). Ce qui est le cas en ce qui concerne la promotion de la santé. C'est pourquoi nous développons plus cette partie.

Tester ce questionnaire pour évaluer la compréhension des items ne garantit pas que ceux-ci appartiennent au champ qui nous intéresse et qu'ils sont pertinents à être questionnés. Ils sont issus des contenus des projets de promotion de santé élaborés par les groupes d'étudiants des années précédentes mais sont-ils tous, les 31 (puisque 2 sont de l'ordre de la salutogenèse), intéressants à questionner vis-à-vis du développement de la posture de promotion de santé ?

C'est pourquoi, pour valider un questionnaire au niveau de son contenu, Lynn (1986) propose d'évaluer le diapositif à l'aide du CVIs (the Content Validity Index) constitué du I-CVI (Content Validity of individual items) qui mesure la pertinence pour chaque item et du S-CVI (Content Validity of the overall scale) qui mesure la pertinence des items pour l'ensemble de l'échelle

3.2.3.1. La validité des items

Dans le cadre du I-CVI un panel d'experts du domaine est demandé pour considérer chaque item du questionnaire dans des termes de pertinence. Afin d'éviter d'avoir un point neutre et ambivalent il est proposé une échelle ordinale à quatre points : 1 pour pas pertinent, 2 pour

¹⁴ IMSP : Institut médico sociale et préventive

quelque fois pertinent, 3 pour pertinent et 4 pour très pertinent. Puis pour chaque item le I-CVI est calculé comme le nombre d'experts donnant une classe de 3 ou 4 sur l'échelle divisé par le total du nombre d'experts. Quand il y a peu d'experts c'est-à-dire entre 3 et 5 le I-CVI devrait être de 1.00 et dès 6 experts l'auteur (Lynn, 1986) recommande un résultat pas plus bas que .78.

Pour ce qui concerne notre questionnaire, 24 experts professionnels du terrain dans le domaine de la politique, l'enseignement, la santé et le social exerçant dans la promotion de la santé ont été contactés une première fois par courriel pour évaluer le niveau de pertinence des items. Les définitions, de la promotion de la santé selon la charte d'Ottawa, de la posture professionnelle et de l'attitude sont posées en préambule au début du questionnaire (cf. annexe 4). Une consigne propose quatre niveaux de pertinence pour chaque item.

Suite au constat que les items à tendance négative recevaient plutôt un score de 1 ou 2 un deuxième contact avec chaque expert, a été pris pour confirmer et vérifier la compréhension des instructions. En effet, lors du remplissage les experts bien qu'ayant bien relevé qu'il s'agissait de donner son opinion pour un niveau de pertinence, la tendance allait plutôt à donner un accord ou un désaccord avec l'énoncé de l'item. Des modifications ont donc été apportées. Quant aux deux items concernant la santé attitude, des clarifications ont été présentées pour argumenter leur présence dans ce questionnaire et les données ont été relevées.

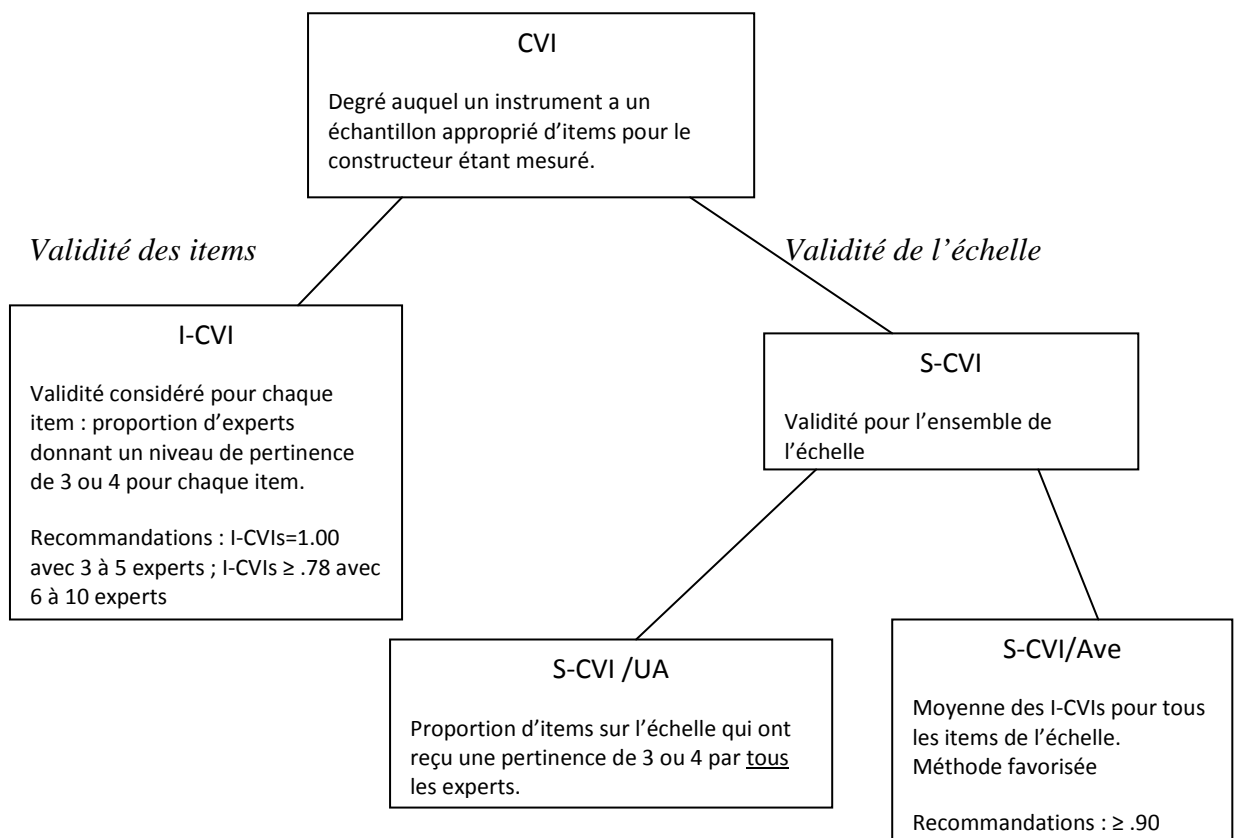
Les résultats (annexe 5) pour les onze items de la dimension cognitive donnent une moyenne située entre .87 et 1. Un item est à .87 (no 26), les dix autres sont entre .92 et 1. Pour la dimension affective, les neuf items donne une moyenne entre .75 et 1. Un item est à .75 (no 15) et les huit autres sont entre .83 et 1. Pour la dimension conative les onze items sont entre .75 et 1. Un item est à .75 (no 31) et dix autres sont entre .83 et 1.

En considérant le nombre élevé d'experts qui ont pu s'exprimer sur la pertinence de ces items et la recommandation d'un résultat pas plus bas pour chaque item de .78, nous pouvons dire que vingt neuf items sur trente et un sont pertinents d'être questionnés et deux le sont un peu moins puisqu'ils n'obtiennent que la moyenne de .75.

3.2.3.2. Validité de l'échelle.

Dans le cadre du S-CVI on distingue deux cas de figure. Le S-CVI/UA (Universal Agreement) où l'on considère la proportion d'items ayant eu un résultat de 3 ou 4 par tous les experts impliqués. Et le S-CVI/Ave (Average) qui additionne les moyennes des valeurs I-CVIs de chaque item divisé par le nombre d'experts. Le deuxième permet de mettre le focus sur la qualité des items plutôt que sur la performance des experts.

CONTENT VALIDITY INDEX (Polit et Beck, 2006, p 493)



Le CVI est un outil standard de validation largement utilisé dans les soins et Polit et Beck (2006) étudient comment les recherches infirmières définissent et calculent le CVI. Pour ces auteurs, il est important en premier de différencier ces deux types de calcul, l'un étant plutôt la validation au niveau de l'item et l'autre la validation au niveau de l'échelle. La deuxième recommandation proposée par Lynn (1986, p383) porte sur le choix de la S-CVI/Ave (ACP Average Congruency Percentage) plutôt que la S-CVI/UA.

La deuxième méthode est trop stricte car elle prend seulement la proportion d'items qui ont reçu un niveau de pertinence de 3 ou 4 par TOUS les experts ce qui donne un résultat de 100%

d'agrément. Alors que la première méthode prend la moyenne de tous les I-CVIs pour tous les items sur l'échelle. Pour cette échelle (S-CVI) Pollit et Beck (2006, p 496) recommandent un taux de validité de .90. La S-CVI/Ave dans la dimension cognitive est égale à .95 ; celle de la dimension affective est .82 ; et celle de la dimension conative est .91.

La validité de notre échelle qui mesure, dans son ensemble, l'attitude de promotion de santé (S-CVI) = .91.

3.2.4. La validité de structure

La structure du questionnaire se mesure à l'aide d'analyses factorielles et se confirme par les données, surtout pour la structure interne (Bouletreau et al, 1999, p12). Le but est de mesurer le degré de dépendance entre les items par la recherche d'associations et d'oppositions entre les items.

Dans le cas de notre questionnaire, nous avons effectué une AFC (Analyse Factorielle des Correspondances) à l'aide d'un tableau de contingences des résultats des trois composantes de l'attitude au positionnement entièrement d'accord à absolument pas d'accord, avec les données récoltées au temps 2 c'est-à-dire à la fin du module.

Les résultats (cf. annexe 6) ont mis en évidence quatre axes qui expliquent les 100% de l'inertie totale et les trois premiers axes atteignent déjà le 95%. L'inertie totale = 0.818 est petite, cela signifie qu'il y a une faible différenciation entre les résultats qui apparaissent très groupés autour du centre de gravité du nuage de points. Du fait de cet « agglutinement » autour du point central, le nuage de points (cf. annexe 7, agrandissement du graphique) montrant, dans l'espace, la position de chacun des items entre eux, est difficile à interpréter.

Nous avons toutefois un nuage de points avec les axes F1 et F2, présentant une courbe en forme de parabole sur laquelle les points se distribuent entre la position entièrement d'accord en opposition à absolument pas d'accord. Les axes ne mettent pas clairement en évidence les trois dimensions cognitives, affectives et conatives.

Même si nous n'avons pas pu à l'aide de l'analyse factorielle de correspondances montrer que les items se catégorisaient dans ces trois composantes, nous resterons dans cette sélection subjective pour nous permettre d'analyser et de comparer les résultats.

3.3. La sensibilité au changement

La troisième qualité pour la validation du questionnaire est sa capacité à mesurer des différences minimales entre individus ou chez le même individu au cours du temps (Ibid, p15). Utilisé pour une première fois ce questionnaire ne permet pas pour le moment de rechercher la sensibilité au changement d'attitude. L'effet de notre scénario pédagogique sur l'attitude de promotion de santé devrait être mesuré en comparaison avec un échantillon ayant un autre scénario pédagogique ou pas de scénario du tout.

4. Instrument d'analyse et traitement des données

Toutes les données sont répertoriées dans le programme EpiData 3.1., qui permet la saisie des données de manière personnalisée c'est à dire que les données sont recueillies pour chaque sujet sur une fiche numérotée. Les fiches sont faciles à modifier s'il y a besoin de rajouter ou enlever des variables. De plus, le programme est compatible avec plusieurs programmes dont Excel et XLSTAT que nous avons utilisé pour affiner nos analyses.

RESULTATS ET ANALYSE

1. Score total de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé

Proposant cinq choix de réponses chiffrées de 1 à 5 pour 31 questions qui concernent l'attitude de promotion de santé, les observations se rangent dans un quantile divisé en quatre parties égales où le premier quartile se situe au score de 62, le deuxième à 93 et le troisième à 124. La médiane divisant la moitié des observations se trouve au deuxième quartile, à un score de 93.

1.1. Description et hypothèses pour la comparaison des observations

Description des observations aux temps 0, 1 et 2 de l'élaboration d'un projet de promotion de santé dans une population de 51 étudiants.

Dates	N	Mean	(95%	cfi)	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
18.04.2011	48	107.69	105.65	109.72	94	96.90	98.90	102.00	107.00	112.75	116.00	118.00	130
11.05.2011	50	115.90	113.71	118.09	100	101.10	107.00	110.00	115.50	121.00	126.90	129.45	133
25.05.2011	49	116.76	114.49	119.02	100	103.50	107.00	111.50	116.00	120.50	128.00	130.50	138

Les valeurs se situent toutes, pour les trois passages, dans le troisième et quatrième quartile (93- 155), entre d'accord et entièrement d'accord pour les items à tendance positive et pas d'accord et absolument pas d'accord pour les items à tendance négative.

La médiane se situe dans le troisième quartile se rapprochant du quatrième à mesure des trois passages. Il apparaît que les étudiants ont dès le départ une attitude positive à l'égard de la promotion de la santé et qu'elle semble évoluer au cours des cinq semaines du module d'enseignement déplaçant la médiane de valeur 107 au temps 0 à la valeur 116 au temps 2.

Concernant la moyenne, le score du groupe des étudiants au début de l'intervention est de 107.69 ± 2.3 (105-109). Au terme de trois semaines il est de 115.90 ± 2.19 (113-118), et au terme de l'intervention c'est-à-dire deux semaines après le T1, il est de 116.76 ± 2.26 (114-119).

Il semble que les résultats soient plus ou moins identiques entre les trois temps, ne montrant en tout cas pas de diminution des scores mais pas d'évolution transcendantale. Nous aimerions donc savoir si les scores sont véritablement différents entre le premier, le deuxième et le troisième passage.

Pour cela nous décrirons statistiquement les échantillons concernant les scores totaux de l'attitude à l'issue de quoi nous pourrions choisir le test adéquat pour confirmer nos hypothèses :

Ho : le score moyen de l'attitude des étudiants à l'égard de la promotion de la santé au temps 0 est égal à celui au temps 1 et égal à celui au temps 2.

H1 : le score moyen de l'attitude des étudiants à l'égard de la promotion de la santé au temps 0 est inférieur à celui du temps 1 et augmente au fil du temps.

Afin de savoir quel test sera le plus adéquat pour comparer ces scores il est important sur le plan statistique de définir la normalité de la distribution des valeurs à chaque temps 0, 1 et 2 ainsi que l'homogénéité des variances entre les temps 0, 1 et 2.

1.1.1. Normalité de la distribution des valeurs aux trois temps

La normalité de la distribution est définie par deux choses : d'une part, une courbe dont les valeurs se distribuent symétriquement de part et d'autre du centre et d'autre part une courbe plus ou moins en forme de cloche, appelée distribution « gaussienne ».

La symétrie est mesurée par le coefficient d'asymétrie qui est proche de 0. La forme de la courbe est mesurée par le coefficient d'aplatissement de Kurtosis. Celui-ci caractérise le pic ou l'aplatissement de la courbe représentant la distribution des valeurs. Il évalue la dispersion des valeurs « extrêmes » par référence à la loi normale.

Plus le coefficient de Kurtosis est positif plus la courbe devient pointue et plus il est négatif plus la courbe s'aplatit. Il est considéré en statistique que le coefficient mesurant la symétrie doit être entre -1 et 1 et le coefficient d'aplatissement < 1.5 pour que la variable suive bien une loi normale (Carricano et al, 2010, p 34).

Description des données à partir des scores totaux de l'attitude :

score attitude 18.4.2011 temps 0		score attitude 11.05.2011 temps 1		score attitude 25.05.2011 temps 2	
Moyenne	107.69	Moyenne	115.98	Moyenne	116.86
Erreur-type	1.01	Erreur-type	1.07	Erreur-type	1.11
Médiane	107	Médiane	115.5	Médiane	116
Mode	106	Mode	115	Mode	118
Écart-type	7.01	Écart-type	7.56	Écart-type	7.76
Variance de l'échantillon	49.16	Variance de l'échantillon	57.20	Variance de l'échantillon	60.29
Kurtosis (Coefficient d'aplatissement)	0.80	Kurtosis (Coefficient d'aplatissement)	-0.32	Kurtosis (Coefficient d'aplatissement)	0.13
Coefficient d'asymétrie	0.47	Coefficient d'asymétrie	0.05	Coefficient d'asymétrie	0.42
Plage	36	Plage	33	Plage	38
Minimum	94	Minimum	100	Minimum	100
Maximum	130	Maximum	133	Maximum	138
Somme	5169	Somme	5799	Somme	5726
Nombre d'échantillons	48	Nombre d'échantillons	50	Nombre d'échantillons	49

La moyenne, la médiane et le mode sont, dans les trois échantillons, pratiquement égales, montrant ainsi que leur distribution est symétrique. Le coefficient d'asymétrie est proche de 0 et confirme cette symétrie par quasi les mêmes valeurs de part et d'autre du centre de la

distribution. Le coefficient d'aplatissement effectué sur Excel montre des résultats proches de 0 et inférieur à 1.5 qui signifient que la courbe suit une distribution presque normale que l'on peut considérer comme gaussienne. Les coefficients concernant la symétrie et l'aplatissement de la courbe montrent que la distribution des scores aux temps 0, 1 et 2 suit une loi normale. Nous nous dirigeons ainsi, plutôt vers les tests paramétriques.

1.1.2. Homogénéité des variances entre T0, T1 et T2

Effectifs au T 0	Effectif au T1	Effectif au T2
45 sur 51 étudiants ont rempli le questionnaire à T0, T1 et T2		
Le 46 ^{ème} a rempli	OUI	NON
Le 47 ^{ème} OUI	OUI	NON
Le 48 ^{ème} OUI	NON	OUI
49 ^{ème} : NON	OUI	OUI
50 ^{ème} : NON	OUI	OUI
51 ^{ème} : NON	OUI	OUI
N= 48 Entre T0 et T1 : 47 étudiants test de Fischer (F-Test) : F(46)=0.87	N= 50 Entre T1 et T2 : 48 étudiants Test de Fischer (F-Test) : F(47)=0.96	N= 49 Entre T0 et T2 : 46 étudiants Test de Fischer (F-Test): F(45)=0.82

La valeur F qui mesure le rapport entre les deux variances, deux à deux, aux différents temps, est proche de 1 et ne présente pas de différence significative. Les variances sont donc homogènes pour ce qui concerne le score total de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé.

La distribution des valeurs aux temps 0, 1 et 2, concernant le score total de l'attitude, suit la loi normale. Les populations sont dépendantes les unes aux autres puisque ce sont les mêmes sujets qui répondent au questionnaire les trois fois. Les variances sont homogènes. Nous pouvons effectuer des tests paramétriques dont le test t student apparié pour confirmer ou infirmer l'hypothèse que la moyenne du score total concernant l'attitude des étudiants à l'égard de la PS est différent d'un temps à l'autre et qu'il augmente avec le temps qui passe.

Nous prendrons les échantillons deux à deux afin de mesurer les différences probables existant entre les moyennes des scores pour montrer s'il existe d'une part, une évolution dans le temps de la posture de promotion de la santé et d'autre part si cette évolution est identique d'un temps à l'autre.

1.2. Comparaison des observations.

Test d'égalité des espérances (moyennes) : observations paires (cf. tableau 1).

1.2.1. Comparaison aux temps T0 et T1

Pour l'hypothèse nulle H_0 proposant M à $T_0 = M$ à T_1 , le résultat ($t(46) = -7.89$, $p < 4.23282E-10$) montre que la moyenne des scores totaux obtenue est très significativement différente entre les temps 0 et 1. Il signifie que nous avons 5 chances sur 1 milliard de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle. H_0 est rejetée.

Pour l'hypothèse H_1 stipulant que la moyenne des scores au temps 0 est inférieure à celles du temps 1 et augmente au fil du temps, le résultat ($t(46) = -7.89$, $p < 2.11641E-10$) montre que c'est le cas.

1.2.2. Comparaison aux temps T1 et T2

Pour l'hypothèse nulle H_0 postulant que M à $T_1 = M$ à T_2 , le résultat ($t(47) = -0.86$, NS) montre que les moyennes des scores totaux obtenue aux temps T_1 et T_2 ne sont pas différentes. H_0 n'est pas rejetée. De ce fait, il est intéressant de comparer les moyennes de T_0 à T_2 .

1.2.3. Comparaison aux temps T0 et T2

Pour l'hypothèse nulle H_0 proposant M à $T_0 = M$ à T_2 , le résultat ($t(45) = -8.89$, $p < 1.84056E-11$) montre que la moyenne des scores totaux obtenue est très significativement différente entre les temps 0 et 2 plus encore qu'entre T_0 et T_1 . H_0 est rejetée.

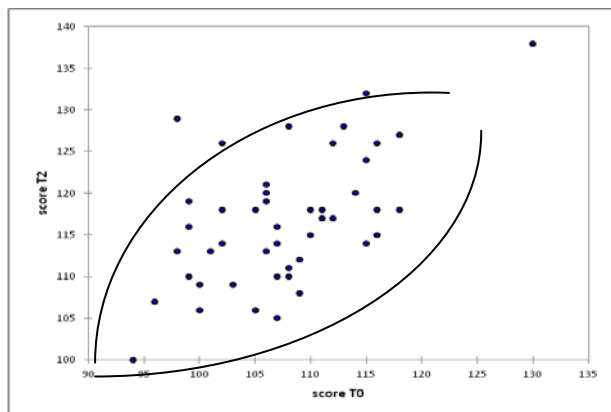
Pour l'hypothèse H_1 stipulant que la moyenne des scores au temps 0 est inférieure à celles du temps 2 et augmente au fil du temps, le résultat ($t(45) = -8.89$, $p < 9.20279E-12$) montre que c'est le cas.

Nous concluons que la moyenne des scores mesurée avant le début du module est significativement plus petite de celle mesurée au bout de trois semaines et évolue encore jusqu'à la fin du module. Il nous paraît intéressant de mesurer l'intensité de la relation entre les scores à T_0 au début du module et ceux obtenus à T_2 à la fin du module. Nous aurons ainsi le sens, la force et la forme de la relation.

1.2.4. Correlation entre T0 et T2

Le coefficient de corrélation de Pearson (r) entre le score total de l'attitude au début du module et le score total de l'attitude à la fin du module est $r = 0.564$, $p < 0.0001$. Entre 0.5 et 1, la relation est considérée comme forte. Le résultat de signe positif donne le sens de la relation.

Nous voyons ici par ce nuage de points, la relation forte et positive entre les scores à T0 et à T2 qui signifie que quand le score total à T0 augmente, celui à T2 augmente.



2. Le score total de chaque composante cognitive, affective et conative

De manière globale nous pouvons dire que l'attitude à l'égard de la promotion de la santé évolue chez les étudiants entre le T0 et le T2 situé à cinq semaines d'intervalle. Nous zoomons maintenant notre réflexion sur ce qui constitue cette attitude c'est-à-dire ses trois composantes.

Dans lesquelles de ces composantes les étudiants développent-ils le plus ou le moins l'attitude de promotion de santé ? S'il y a des différences, sont-elles significatives, à quel moment et à quel endroit se situent-elles ? Le coefficient de Pearson montre qu'il y a un lien fort entre les résultats au temps T0 et ceux de T2, est-ce que ce lien est prédictif ? Est-ce qu'il serait dû au scénario pédagogique mis en place ?

2.1. Description des observations aux trois temps

Les observations portant sur les scores de chacune des trois composantes de l'attitude sont décrites et mesurées tout d'abord sur les temps T0 et T2, puis les moyennes sont comparées de manière à comprendre les relations qui existent entre les composantes.

2.1.1. Au temps 0

Description des trois composantes de l'attitude à T0, N=45												
Variable	Mean	(95%	cfi)	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
scorcogn	32.93/55	32.12	33.74	27.00	29.00	30.00	31.00	33.00	34.00	37.00	38.70	40.00
scoraffe	33.98/45	32.97	34.99	25.00	28.30	29.60	32.00	34.00	36.00	37.00	40.80	44.00
scorcona	40.80/55	39.72	41.88	34.00	35.00	35.60	38.00	41.00	43.00	46.40	48.00	48.00

La composante cognitive constituée de onze items présente une moyenne de 32.93 ± 0.81 sur un total de 55. Dans le quantile qui présente le 1^{er} quartile à 22, le 2^{ème} quartile à 33, nous avons 50% des scores qui se situent dans le deuxième (le score minimum étant de 27) quartile. La médiane à 33 se situe parfaitement au centre. Les autres 50% ne dépassent pas le 3^{ème} quartile situé à 44 puisque le score maximum est à 40.

La composante affective constituée de neuf items présente une moyenne de 33.98 ± 1.01 sur un total de 45 car les items sont au nombre de 9. Dans le quantile qui présente le 1^{er} quartile à 18, le 2^{ème} quartile à 27, le troisième à 36, nous avons le 50% des scores plutôt situé pleinement dans le troisième quartile. La médiane se trouve à 34 alors que le centre du quantile se trouve à un score de 27.

La composante conative constituée de onze items présente une moyenne de 40.80 ± 1.08 sur un total de 55. Dans le quantile qui présente le 1^{er} quartile à 22, le 2^{ème} quartile à 33, et le 3^{ème} quartile à 44, nous avons 50% des scores qui se situent dans le troisième (le score minimum étant de 34) quartile. La médiane à 41, bien au-delà du centre du quantile. Les autres 50% sont entre le 3^{ème} et le 4^{ème} quartile puisque le score maximum est à 48. Le 100% des scores se trouve au-delà du centre du quantile situé à 33.

2.1.2 Au temps 1 par rapport au temps 0

Au temps 1, à la fin de la troisième semaine, les étudiants se préparent à rencontrer leur population concernée par la thématique de santé choisie pour leur redonner un retour sur les besoins et les ressources récoltés auprès d'eux, et pour analyser et rechercher avec eux des

pistes d'actions répondant à leurs besoins. les scores des trois composantes de l'attitude (cf. tableau 2) se présente ainsi :

- la moyenne du score de la composante cognitive a augmenté, la différence avec celle à T0 est de +6.58. La médiane s'est également déplacée de +7.00 vers la droite augmentant ainsi l'attitude de l'entier des étudiants à l'égard de la promotion de la santé dans l'acquisition de connaissances, de croyances et d'expériences d'un point de vue cognitif.
- La moyenne du score de la composante affective à moins augmenté que la cognitive, la différence avec celle à T0 est de +1.78. La médiane s'est également déplacée de +1.00 vers la droite augmentant sensiblement l'attitude de l'entier des étudiants au niveau des sentiments et motivation à l'égard de la promotion de la santé.
- La moyenne du score de la composante conative diminue durant les trois premières semaines, la différence avec celle à T0 est de – 0.18. La médiane s'est également sensiblement déplacée de -1.00 vers la gauche diminuant très sensiblement l'attitude de l'entier des étudiants dans l'intention de pratiquer la promotion de la santé.

2.1.3. Au temps 2 par rapport au temps 1

Au temps 2, à la fin des cinq semaines du module pendant lequel les étudiants ont élaboré un projet de promotion de santé avec une population concernée par la thématique, les scores des trois composantes de l'attitude (cf. tableau 2) se présente ainsi :

- la moyenne du score de la composante cognitive a diminué de – 0.42 par rapport à T1. La médiane s'est également déplacée de – 2.00 vers la gauche modifiant ainsi l'attitude de l'entier des étudiants à l'égard de la promotion de la santé dans l'acquisition de connaissances, de croyances et d'expériences d'un point de vue cognitif.
- La moyenne du score de la composante affective continue légèrement à augmenter, la différence avec T1 est de +0.33. La médiane s'est également déplacée de +1.00 vers la droite augmentant sensiblement l'attitude de l'entier des étudiants au niveau des sentiments et motivation à l'égard de la promotion de la santé.

- La moyenne du score de la composante conative augmente entre T1 et T2, la différence avec la moyenne à T1 est de +0.94 et est supérieure à la moyenne à T0. La médiane revient à la position qu'elle avait à T0.

2.1.4. Résumé

Nous pouvons voir qu'au début des cinq semaines les étudiants ont déjà des connaissances en matière de promotion de la santé. La moitié d'entre eux semble en avoir deux fois plus que les autres puisque les scores se distribuent à part égale de part et d'autre de la médiane et du centre du quantile. Ils ont une attitude très positive concernant leurs sentiments et leur motivation à l'égard de la promotion de la santé puisque le 95% d'entre eux se situent au-delà du centre quantile. Quant à la composante conative les étudiants présente une attitude encore plus positive concernant la pratique de la promotion de la santé et l'intention de l'exercer puisque au vu de la position de la médiane, son score est supérieur à celui des deux autres composantes.

Trois semaines après, les étudiants ont, semble-t-il, progressé au maximum dans les connaissances et les croyances spécifiques à la promotion de la santé car c'est là que les résultats du score sont les plus hauts. Nous faisons l'hypothèse que les étudiants se sont centrés les trois premières semaines sur les connaissances et les croyances nécessaires à l'élaboration d'un projet avec une population et ils sont prêts intellectuellement à vivre leur rencontre prévue avec leur population dans les deux semaines suivantes.

Leur motivation et leurs sentiments bien que déjà élevés au départ n'a pas cessé d'augmenter durant les cinq semaines. Par contre, la composante conative qui mesure l'intention de pratiquer la promotion de la santé diminue dans les trois premières semaines pour augmenter dans les deux suivantes. Nous faisons l'hypothèse que les deux premières semaines centrées sur la dimension cognitive les étudiants mettent de côté la dimension conative pour la développer les deux dernières semaines lorsqu'ils rencontrent leur population.

2.2. Comparaison des moyennes

D'une manière générale nous constatons qu'entre le début et la fin du module il y a une différence dans les trois composantes de l'attitude.

2.2.1. Entre les temps T0 et T2

Afin de savoir si ces différences sont significatives nous effectuons la comparaison des moyennes des scores pour chacune des trois composantes avec le test d'égalité des espérances (cf. tableau 3 : observations pairées, t-student apparié).

Pour la composante cognitive la différence est hautement significative car $t(45) = -10.804$, $p < 2.18495E-14$ ce qui signifie quasiment aucune chance de se tromper si H_0 (m de T0 = m de T2) est rejeté, et d'accepter H_1 (m de T0 < m de T2). Par contre, le coefficient de Pearson est faible $r = 0.23$, ce qui veut dire qu'il y a peu de lien entre les résultats à T0 et à T2. C'est compréhensible quand la mesure du score à T1 est prise en compte.

Pour la composante affective la différence est moins grande mais toujours hautement significative ($t(45) = -4.205$, $p < 6.11883E-05$). H_0 est rejeté et H_1 est accepté. Les scores totaux de la composante affective sont significativement plus grands au temps T2 qu'au temps T0. Le coefficient de Pearson est fort, $r = 0.53$, qui signifie que quand les résultats à T0 augmentent alors ceux à T2 augmenteraient aussi.

Pour la composante conative la différence est petite, $t(45) = -1.683$, $p < 0.05$, mais elle est toutefois significative. Ce qui nous permet de valider la différence où les résultats à T2 sont plus grands qu'à T0. Et malgré une différence petite, le coefficient de Pearson $r = 0.55$, montre un lien fort entre les deux qui signifie que lorsque les résultats à T0 augmentent alors ceux à T2 augmenteraient aussi.

Il y a donc pour chacune des composantes une différence significative des scores en regard du temps témoin qui se situe à 0 et puisque t est négatif, cela signifie que cette différence va dans le sens d'une augmentation des scores. De plus, les composantes affectives et conatives à T0 étant fortement corrélées respectivement à celles de T2 nous pourrions affirmer que l'une prédit l'autre mais est-ce le cas et est-ce qu'il y aurait d'autres dépendances entre les facteurs en croisant les observations de T0 et T2 ?

2.2.2. Les facteurs prédictifs

Nous avons vu dans la description des observations que la croissance des différences entre chacune des composantes n'est pas constante. Il est donc intéressant de prendre en compte

l'évolution des scores dans le déroulement du temps (T0, T1 et T2) pour définir à quel moment et pour quelle composante ces différences sont significatives.

C'est pourquoi nous pensons que le premier facteur qui nous semble important à considérer est le temps qui se déroule pendant lequel les étudiants élaborent leur projet de promotion de santé, les trois premières semaines consistant à documenter une thématique de santé et à recueillir les besoins et les ressources auprès d'une population concernée par cette thématique et les deux dernières semaines consistant à analyser ces données avec cette population pour rechercher ensemble des pistes d'action. Nous rappelons que la démarche se termine là, les pistes d'action ne sont pas appliquées, le projet n'est pas opérationnalisé. Nous appelons cette variable le scénario pédagogique.

Nous avons vu que les scores obtenues, tant au début qu'à la fin du module, dans les trois composantes de l'attitude de PS sont relativement hauts, est-ce que les scores pour chacune des composantes de l'attitude obtenus au départ expliqueraient les scores obtenus à T1 et à T2 ? C'est pourquoi nous prendrons les trois composantes de l'attitude comme variables dépendantes pour envisager les effets de dépendance entre elles, aux trois temps.

Quant aux variables âge, sexe et santé attitude, nous les testerons en regard des trois composantes pour mesurer s'il existe un caractère prédictif dans les résultats obtenus à la fin des cinq semaines.

2.2.2.1. Variable indépendante : le scénario pédagogique

Les résultats de l'ANOVA prenant en compte les moyennes des scores des trois composantes comme variables dépendantes et comme variables indépendantes les temps T0, T1 et T2, montrent que la composante cognitive est expliquée par le scénario pédagogique à hauteur de 49%, $R^2 = 0.49$, $F(85.48)$ $p < 0.0001$, la composante affective est expliquée à hauteur de 8%, le coefficient de détermination $R^2 = 0.08$, $F(8.12)$, $p < 0.009$, les résultats concernant la composante conative ne sont pas significatifs, $R^2 = 0.01$, $F(8.12)$, NS.

Le test de Tukey en comparaison par paires, $N=45$, montre les différences entre les modalités T0-T1 et T2. Le test de Dunnett en comparaison par paires et à témoin égal à T0 montre les différences entre les modalités et la modalité témoin.

Test de Tukey, T0- T1-T2, par paires, N=45		Test de Dunnet, T0-T1-T2, par paires N=45	
Composante cognitive	T1 vs T0, $p < 0.0001$	Composante cognitive	T0 vs T1, $p < 0.00$
	T2 vs T0, $p < 0.0001$		T0 vs T2, $p < 0.00$
Composante affective	T1 vs T0, $p < 0.5$	Composante affective	T0 vs T1, $p < 0.03$
	T2 vs T0, $p < 0.01$		T0 vs T2, $p < 0.009$

Nous constatons qu'il y a bien une implication du scénario pédagogique dans le développement de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé principalement au niveau des composantes cognitive et affective, tout au long des cinq semaines mais aussi les trois premières semaines. C'est pourquoi nous effectuons une ANOVA sur les temps T0-T1.

Nous obtenons ces résultats : la composante cognitive est expliquée à hauteur de $R^2 = 0.53$, $F(101.102)$, $p < 0.0001$ et celle affective à hauteur de $R^2 = 0.06$, $p < 0.01$. Cela signifie qu'il y a l'acquisition de nouvelles connaissances et peut-être de changement au niveau des croyances ainsi que les sentiments autour de la promotion de la santé qui se font surtout dans les trois premières semaines. Elle continue à augmenter dans la composante affective alors qu'elle diminue dans la cognitive. Nous faisons l'hypothèse que le scénario pédagogique influence beaucoup moins la composante cognitive, dans les deux dernières semaines.

Afin d'établir si les facteurs âge, sexe et sentiment de cohérence (items 32 et 33) ont une influence sur l'attitude obtenue à T2 nous joignons chaque fois, dans une ANCOVA, une de ces variables à la variable scénario pédagogique.

A la variable SEXE ajoutée, les résultats donnent un $R^2 = 0.51$ à un seuil significatif pour la composante cognitive, un $R^2 = 0.10$ significatif pour la composante affective, et un résultat non significatif pour la composante cognitive. Cela signifie que la variable sexe détermine à hauteur de 2% (0.51 moins 0.49 déterminé par le scénario pédagogique) les résultats de l'attitude dans sa composante cognitive et 2% (0.10 moins 0.08 déterminé par le scénario pédagogique).

A la variable AGE ajoutée, les résultats donnent un $R^2 = 0.49$ à un seuil significatif pour la composante cognitive, un $R^2 = 0.07$ significatif pour la composante affective, et un résultat non

significatif pour la composante conative. Cela signifie que le facteur âge n'intervient pas du tout puisque ces valeurs correspondent à celles déterminées par le scénario pédagogique.

A la variable SENTIMENT DE COHERENCE ajoutée, les résultats donnent un $R^2 = 0.49$ à un seuil significatif pour la composante cognitive, un $R^2 = 0.09$ significatif pour la composante affective, et un résultat non significatif pour la composante conative. Cela signifie que cette variable détermine à hauteur de 1% (0.08 moins 0.07 déterminé par le scénario pédagogique) la composante affective.

Conclusion les facteurs sexe, âge et sentiment de cohérence à l'égard de la vie n'ont quasiment pas d'influence sur les composantes de l'attitude.

Pour répondre à la question si les scores obtenus dans chacune des composantes au départ expliqueraient les scores obtenus à l'arrivée, nous avons effectué une régression linéaire pour chacune des composantes.

2.2.2.2. Variable indépendante : La variable cognitive obtenue à T0

T0-T1 scorcogn	scorcogn	scoraffe	scorcona	T0-T2	scorcogn	scoraffe	scorcona
R ²	0.008	0.010	0.002	R ²	0.058	0.056	0.009
F	0.361	0.432	0.098	F	2.625	2.574	0.389
Pr > F	0.551	0.514	0.756	Pr > F	0.113	0.116	0.536

Il n'y a aucun lien d'explication entre la variable cognitive au départ et la variable cognitive à l'arrivée. Les étudiants ne se reposent pas sur leurs connaissances et croyances du départ pour développer l'attitude de promotion de santé dans la composante cognitive. Ceci confirme le coefficient faible de corrélation égal à 0.23 lors de la comparaison des moyennes. Le facteur cognitif n'influence non plus pas, les composantes affective et conative.

2.2.2.3. Variable indépendante : la variable affective obtenue à T0

T0-T1 scoraffe	scorcogn	scoraffe	scorcona	T0-T2	scorcogn	scoraffe	scorcona
R ²	0.028	0.350	0.190	R ²	0.036	0.272	0.083
F	1.239	23.139	10.103	F	1.621	16.172	3.881
Pr > F	0.272	<0.0001	0.003	Pr > F	0.210	0.000	0.055

Il y a un lien fort et significatif entre la variable affective au départ et celle à l'arrivée confirmant le coefficient de Pearson égal à 0.53 lors de la comparaison des moyennes.

Le coefficient de détermination (R^2) donne un résultat de 35% pour expliquer que les réponses obtenues à T1 reposent à 35 % sur les réponses au départ mais il ne représente plus que 27% pour expliquer les réponses obtenues à la fin du module. Il y a donc entre la troisième semaine et la fin du module une perte de 0.08 de la valeur pour cette variable explicative.

Cela signifie que les résultats des scores concernant l'affect de l'attitude dépendent de moins en moins des résultats des scores de l'affect au départ. L'hypothèse est que les étudiants ont modifié leur attitude au niveau des sentiments à l'égard de la promotion de la santé tout en gardant une attitude très positive au niveau de cette composante.

D'après ces résultats il apparaît également que la composante conative ayant un coefficient de détermination de 0.19 à T1 serait expliquée à hauteur de 19% par la composante affective mesurée à T0. Cela apparaît moins significatif sur l'ensemble des cinq semaines avec un $p=0.055$ et un coefficient explicatif de 8%. L'intention de pratiquer la promotion de santé ne repose plus à la fin du module que sur 8% au lieu de 19% du facteur affectif mesuré à la troisième semaine du module.

Ne reposant pas non plus sur le facteur cognitif du début du module, nous faisons l'hypothèse que ce facteur pourrait être plutôt déterminé par la nouvelle attitude développée au cours de ce module.

2.2.2.4. Variable indépendante : la variable conative obtenue à T0

T0-T1 scorcona	scorcogn	scoraffe	scorcona	T0-T2	scorcogn	scoraffe	scorcona
R^2	0.014	0.124	0.167	R^2	0.045	0.122	0.310
F	0.595	6.113	8.612	F	2.024	5.981	19.311
Pr > F	0.445	0.017	0.005	Pr > F	0.162	0.019	<0.0001

Il y a un lien fort et significatif entre la variable conative au départ et celle à l'arrivée confirmant le coefficient de Pearson égal à 0.55 lors de la comparaison des moyennes.

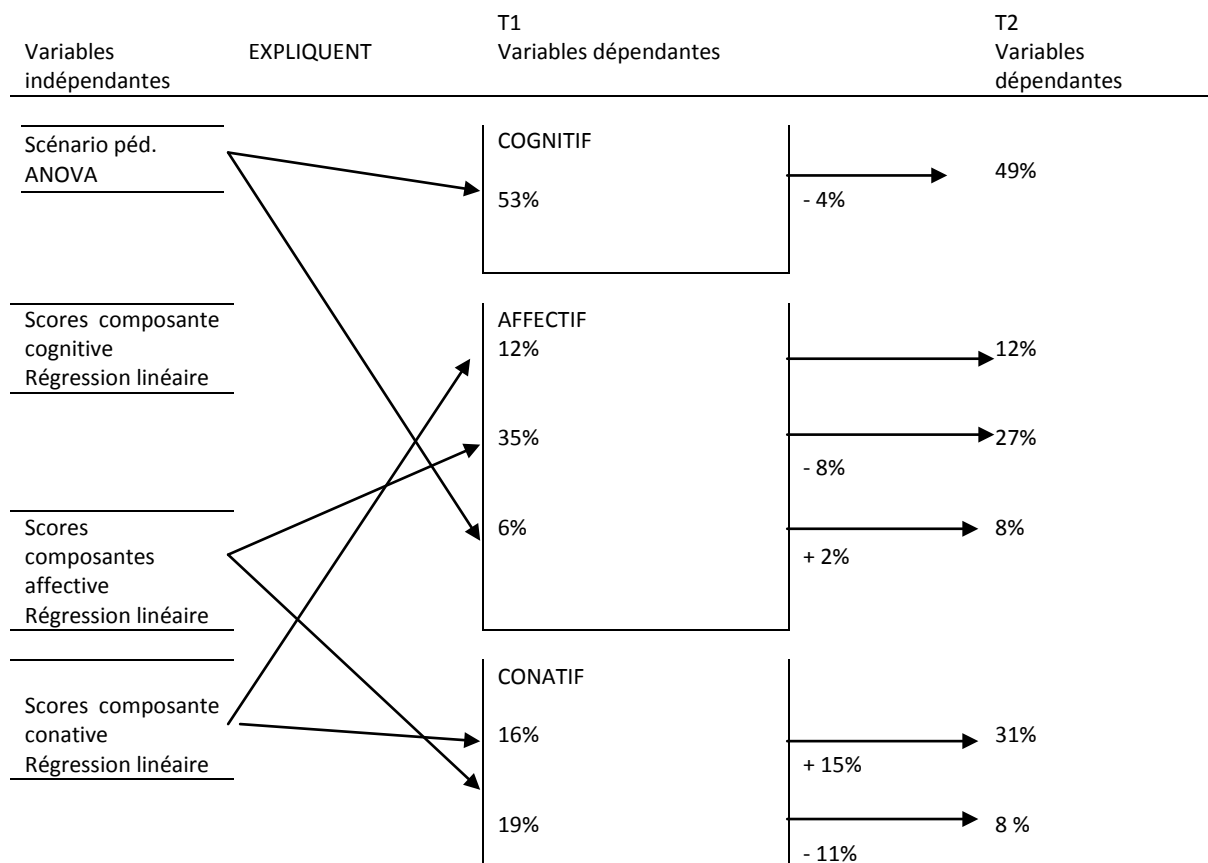
A T1, avec un $p<0.005$ le coefficient de détermination (R^2) donne un résultat de 16% pour expliquer que les réponses obtenues à T1 reposent à hauteur de 16% sur les réponses au

départ. Deux semaines après, à T2, le coefficient de détermination a augmenté presque du double, pour déterminer que 31% des réponses de la composante conative sont expliquées par les réponses de cette composante au départ.

Nous faisons l'hypothèse que les trois premières semaines permettant d'acquérir des connaissances spécifiques à la promotion de la santé remettent en question chez les étudiants leur intention de pratiquer la promotion de la santé. Puis les deux semaines suivantes, où ils rencontrent leur population, renforcent leur positionnement du départ.

D'après ces résultats il apparaît aussi que la composante affective est influencée par les résultats du facteur conatif du départ. Un résultat significatif de 0.12 à T1, comme à T2 montre que la composante conative au départ explique, trois semaines après, à hauteur de 12%, les résultats de la composante affective. Cet effet se maintient à même hauteur jusque la fin du module. La hauteur de la prédiction est petite et bien d'autres facteurs entre en jeu mais elle est régulière et constante. Cela signifie que le niveau de motivation et les intentions de pratiquer la promotion de la santé au départ jouent un rôle dans les sentiments que les étudiants ont à l'égard de la promotion de la santé telle qu'ils la vivent pendant ces cinq semaines.

2.2.2.5. Résumé



Les composantes cognitives et affectives de l'attitude sont influencées de manière significative par le scénario pédagogique, durant tout le module mais surtout les trois premières semaines. Aucune des trois composantes, à aucun moment durant le scénario pédagogique, n'est influencée par le facteur « connaissances et croyances » présentes au début du module. Le facteur « affects » en lien avec la promotion de la santé, présent au début du module influence fortement la composante affective les trois premières semaines et diminue son influence les deux dernières semaines. Le facteur « intention de pratiquer la PS » influence plus fortement les deux dernières semaines que les trois premières.

Nous constatons ainsi que les étudiants arrivent à la fin des cinq semaines avec une attitude encore plus positive qu'elle n'était au début du module, qui ne repose pratiquement pas, semble-t-il, sur les connaissances et croyances du domaine de la promotion de la santé qu'ils avaient au départ, que leur sentiment ont évolué et que leur intention de pratiquer la promotion de la santé après avoir été, semble-t-il, remise en question, reste toujours intacte.

3. Le score aux items

Afin de voir quels sont les items qui ont le plus évolué dans un sens ou dans un autre, pendant les cinq semaines nous observons les scores pour chaque item du questionnaire.

3.1. Entre le temps 0 et le temps 2.

Des tests de student apparié permettent de comparer deux à deux les scores d'items pour chaque composante de l'attitude.

3.1.1. Composante cognitive

Composante cognitive: Student (t), scores items, à T2, N=46.

	m T0	m T2	Différence	t (45)	p
cognpos02	3.80	4.83	-1.02	-7.26	<0.0001
cognpos10	4.15	4.50	-0.35	-3.34	<0.002
cognpos26	4.20	4.50	-0.30	-2.25	<0.29
cognpos28	3.46	4.46	-1.00	-6.58	<0.0001
cognneg01	1.37	1.84	-0.48	-2.87	<0.006
cognneg07	3.09	3.80	-0.72	-4.39	<0.0001
cognneg11	2.52	2.87	-0.35	-2.00	<0.05
cognneg14	3.76	4.26	-0.50	-4.19	<0.000
cognneg16	2.93	3.43	-0.50	-3.37	<0.002
cognneg19	1.95	2.41	-0.45	-2.46	<0.018
cognneg23	1.71	2.43	-0.72	-4.39	<0.0001

Pour la composante cognitive toutes les valeurs (t) présentent un résultat négatif signifiant que toutes les moyennes des scores ont augmenté entre le début et la fin du module et ceci de manière significative.

Les deux items qui ont le plus évolué (différences à - 1.02 et - 1.00) entre le début du module et la fin sont à tendance positives et sont le 02 : *La promotion de santé privilégie une approche centrée sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques* et le 28 : *La promotion de santé se réfère en premier à la charte d'Ottawa*.

Les quatre items à tendance positive présentent des moyennes à T2 supérieures à 4, et répondent bien ainsi à l'effet attendu c'est-à-dire un positionnement positif entre d'accord et entièrement d'accord.

Les sept items à tendance négative ont aussi évolué vers le positif. Quatre d'entre eux obtiennent néanmoins un résultat à T2, en dessous de 3. Il s'agit des items :

No 01 : *La promotion de la santé c'est : sensibiliser, informer, et responsabiliser.*

No11 : *Une table ronde qui réunit une population autour d'une même thématique de santé permet forcément à chacun de se sentir partie prenante du projet proposé.*

No 19 : *Le projet de promotion de santé permet aux professionnels de concrétiser des actions de santé pour la population concernée.*

No 23 : *Il est primordial d'apporter des savoirs à la population concernée si nous voulons qu'il y ait changement.*

Puisque ces items sont à tendance négative cela signifie que les réponses attendues devraient se situer plutôt dans « je ne suis pas d'accord ». La plupart d'entre eux, partent d'un « je suis d'accord » pour un « je suis indécis », ce qui explique la différence significative entre les temps 0 et 2.

Les items 11,19 et 23 touchent aux connaissances théoriques et stratégies enseignées dans les concepts de participation, d'empowerment et de changement.

L'item No1 touche à la définition de la promotion de la santé qui ici correspond plutôt à la définition de l'éducation à la santé. C'est une définition très ancrée dans le monde professionnel, ce qui peut expliquer ce positionnement (cf. chapitre recension des écrits, p 23 de ce travail).

3.1.2. Composante affective

La composante affective présente quatre items à tendance positive et cinq items à tendance négative. Quatre d'entre eux ont évolué de manière significative entre le début des cinq semaines et la fin.

Composante cognitive: Student (t), scores items, à T2, N=46.					
	m T0	m T2	Différence	t (45)	p
affepos04	3.87	4.24	-0.37	-3.53	<0.001
affepos12	3.65	4.20	-0.54	-4.04	<0.00
affepos18	4.52	4.52	0	0	NS
affepos20	3.91	4.06	-0.15	-1.48	NS
affeneg03	3.28	3.78	-0.5	-3.23	<0.002
affeneg08	3.71	3.84	-0.13	-1.14	NS
affeneg15	3.74	3.63	0.11	0.84	NS
affeneg29	3.80	4.04	-0.24	-1.97	<0. 05
affeneg30	3.41	3.7	-0.28	-1.59	NS

No04 : *J'aime beaucoup l'approche de promotion de santé*

No12 : *Favoriser la participation de la population concernée peut se faire en étant enthousiastes lors du recueil de données et de l'animation de la table ronde.*

No03 : *Promouvoir la santé c'est bien, prévenir la maladie c'est mieux.*

No29 : *C'est une utopie de penser qu'on puisse rendre une population capable d'analyser sa situation et d'y apporter des changements*

Les items 04 et 12, à tendance positive se situent entre le « d'accord » et le « entièrement d'accord ». L'évolution est significative. La formulation est peut-être tellement positive que l'étudiant ne peut faire autrement que d'être d'accord (effet de désirabilité).

Les items 03 et 29 à tendance négative positionnent les étudiants positivement dans « je ne suis pas d'accord ». Du fait que nous étions dans un module d'enseignement dédié à la promotion de la santé, que nous avons informé trois mois avant des objectifs de ce module et compte tenu du biais de désirabilité nous attendions un score plus élevé au temps 0.

3.1.3. Composante conative

Nous nous rappelons que la comparaison faite sur le score total de la composante conative entre le temps 0 et le temps 2 montrait une légère différence significative. Il semble qu'elle soit due aux items 13, 27, 06 et 31 qui ont une différence de scores, significative, entre T0 et T2.

L'item 13 : *Mener un projet de promotion de santé dans une population me permet d'être acteur/actrice stratégique dans une problématique de santé* est le seul item évoluant significativement dans l'autre sens c'est-à-dire en diminuant sa position entre le début du module et la fin. Nous nous posons la question si le terme employé de problématique de santé en fin de module est cohérent dans la mesure où les étudiants ont travaillé sur un thème de santé et non sur un problème.

	m T0	mT2	Différence	t (45)	p
conapos05	4.69	4.54	0.15	1.41	NS
coanpos13	4.19	3.65	0.54	3.26	<0.002
conapos17	4.67	4.63	0.04	0.46	NS
coanpos22	4.11	4.24	-0.13	-1.52	NS
conapos24	3.58	3.32	0.26	1.27	NS
conapos25	4.15	4.26	-0.11	-1.30	NS
conapos27	4.34	4.56	-0.22	-2.34	<0.02
conaneg06	2.04	2.60	-0.56	-3.00	<0.004
conaneg09	3.23	3.54	-0.30	-1.92	NS
conaneg21	2.34	2.43	-0.08	-0.53	NS
conaneg31	3.32	3.73	-0.41	-2.58	<0.01

L'item 27 : *Elaborer un projet de promotion de santé en groupe demande forcément transparence, coopération, synergie et circulation de l'information entre les membres du groupe* fait référence à l'empowerment. Il est possible que la position haute du score au temps 0 soit due à un biais de désirabilité car l'importance de mener un projet en groupe est déjà expliquée trois mois avant de commencer le module. Par contre les termes issus de l'empowerment qui sont transparence, coopération, synergie et circulation de l'information sont travaillés durant le module pour favoriser la réussite de la démarche de leur projet. Nous pensons donc qu'en fin de module les étudiants se positionnent par rapport à cet item en faisant référence à leur projet de promotion de santé qu'ils ont fait en groupe.

L'item 06 est à tendance négative : *C'est avec une bonne information et de bons conseils que le professionnel favorise le changement*. Le score au temps 0 est nettement dans le « d'accord » puis il évolue au temps 2 vers « indécis ». Nous faisons l'hypothèse que cet item touchant à la représentation de la pratique de la promotion de la santé, il faudra plus de cinq semaines pour réadapter une pratique en fonction des nouvelles connaissances développées dans ce module.

L'item 31 est aussi à tendance négative : *Ce n'est pas tous(tes) les infirmiers (ières) qui peuvent faire de la promotion de santé*. Cet item touche aussi à la représentation du rôle de

l'infirmière. Le score part au temps 0 dans la position « indécis » et évolue vers le « pas d'accord ». Cela peut signifier que les étudiants remettent en question leur représentation du rôle de l'infirmière et montre après cinq semaines, par leur réponse à cet item, un indice d'évolution dans leur représentation.

Maintenant que nous avons vu que certains items ont évolué de manière significative entre le temps 0 et le temps2, nous nous demandons quels sont les facteurs qui déterminent à la fin des cinq semaines l'attitude de promotion de santé. Autrement dit quelle est l'état de la situation au temps 2 ?

3.2 Etat de la situation au temps 2

Afin de voir quel type de posture de promotion de santé, à partir de quels items les étudiants présentent-ils cette posture de promotion de santé, nous avons effectué une analyse en composante principale (ACP). C'est une analyse factorielle qui utilise des données quantitatives et mesurables, qui à partir des corrélations entre les variables va procéder à une réduction des données pour représenter sous forme graphique le plus d'informations possibles.

L'ACP présente, pas moins de dix sept axes pour représenter le 90% de la variance totale. Il semble ainsi que la plupart des items définissent, chacun un facteur spécifique à la promotion de la santé rendant difficile la recherche de corrélations. En se référant au tableau des valeurs (cf. annexe 9) nous pourrions choisir d'interpréter les deux premiers axes puisque chacune de leur valeur propre domine les autres mais elles ne représentent que 28% de la variance totale. En l'interprétant nous perdrons 72% de l'information. Nous pouvons quand même constaté à l'aide des graphiques (cf. annexe 9) qu'autour de ces deux axes (F1 et F2) les items se distribuent de manière relativement homogène et que la direction donnée à F1 va dans le sens positif.

Ce que nous pouvons dire c'est que, bien que les items présentent entre eux une assez bonne factorisation des correspondantes avec l'AFC (cf. structure interne du questionnaire, p 57) ils ne permettent pas, par leur score pour chacun des étudiants, d'identifier un minimum d'axes autour desquels nous pourrions définir des facteurs résumant l'attitude de promotion de santé chez chacun des étudiants à la fin des cinq semaines. Il semble ainsi que nous arrivions au

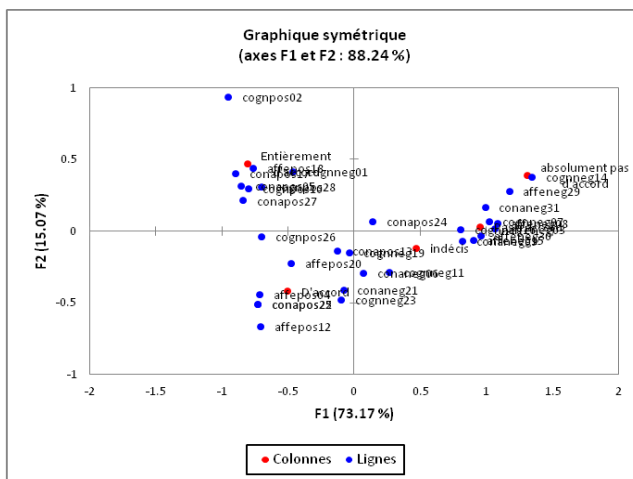
même résultat que la littérature qui « parle » d'un concept de promotion de la santé peu clair, et multi défini.

Par contre les résultats de l'AFC qui mettent en scène une posture de promotion de santé par rapport au positionnement des étudiants allant de entièrement d'accord à absolument pas d'accord, nous donnent quelques éléments qui intéressent la hiérarchisation des items dans le poids qu'il leur est donné lors du choix entre entièrement d'accord et absolument pas d'accord. Ce type d'analyse sert à déterminer et à hiérarchiser les dépendances entre les variables.

3.2.1. Analyse factorielle des correspondances (AFC).

Comme nous l'avons noté au chapitre de la validation de la structure interne (p57) de notre questionnaire, l'AFC effectuée à partir d'un tableau de contingences au temps 2, a mis en évidence quatre axes (cf. annexe 6) qui permettent de hiérarchiser le 100% des items dans l'inertie totale égale à 0.818.

Se référant au tableau des valeurs propres et pourcentages d'inertie nous voyons que trois axes suffisent à expliquer 95% de l'inertie totale. Les deux premiers F1 et F2 résument 88% de l'information à propos du positionnement de l'ensemble des étudiants à la fin des cinq semaines du module.



Le nuage de points (en grandeur page A4 en annexe 7) ici présenté donne une idée du positionnement des variables (pas des sujets) par rapport aux deux premiers axes F1 et F2.

D'emblée nous pouvons dire deux choses : - la courbe qui se dessine est en forme de parabole retraçant les cinq modalités de « entièrement d'accord à absolument pas d'accord », - nous avons plutôt à gauche du centre du graphique les items à tendance positive et plutôt à droite les items à tendance négative.

Un item à tendance négative se distingue par sa ressemblance avec d'autres items à tendance positive dans la modalité « entièrement d'accord ». C'est le No 01 qui a certes évolué significativement (ch. 3.1.1. p 73) entre le début du module et la fin mais qui reste associé aux items 28, 27, 18 et 05. Ces items se réfèrent au cadre de référence de la PS avec la charte d'Ottawa (28), l'empowerment (27), la participation de la population (18), l'opportunité de la pratique de la PS (05). L'item 01 : *La promotion de la santé c'est : sensibiliser, informer et responsabiliser* est une définition proche de l'éducation à la santé. Le concept, ici, est plutôt défini comme une activité. Et comme l'ont relevé Longtin et al (2006) dans une recension de la littérature entre 1980 et 2005, considérer la promotion de la santé comme une activité est une vision présente au sein de la discipline infirmière.

Les modalités « absolument pas d'accord » et « pas d'accord » sont proches et s'opposent à la modalité « entièrement d'accord ». Est-ce que ce sont les mêmes étudiants qui ont donné un avis défavorable à propos des items situés à droite de la parabole et un avis très favorable aux items situés à gauche ? les uns sont-ils prédictifs des autres ?

Les items situés complètement à droite autour de la modalité « absolument pas d'accord » ont une plus grande importance car ils donnent le sens de l'axe F1. Il semble donc que les étudiants se positionnent à la fin du module plutôt dans les extrêmes, pour certains items très défavorablement et défavorablement et pour d'autres très favorablement.

L'item 02 se différencie par sa position extrême loin du centre du graphique et au-delà de la modalité entièrement d'accord, il semble que cet item soit le seul item qui ne fasse pas l'objet de « discussion » par différents avis exprimés.

Pour voir de manière plus précise quels items ont contribué à la construction des axes nous nous référons au tableau de coordonnées principales et à celui des contributions (cf. annexe 8).

Items par ordre décroissant d'importance à la construction de l'axe F1 (73% de l'inertie totale)			
No item	Intitulés	Dimension	Tendance
14	<i>Un projet de promotion de santé sans la population concernée est tout aussi réalisable qu'avec la population concernée.</i>	Cognitive	Négative
29	<i>C'est une utopie de penser qu'on puisse rendre une population capable d'analyser sa situation et d'y apporter des changements</i>	Affective	Négative
08	<i>La promotion de santé est plutôt une histoire d'idéologie que de compétence</i>	Affective	Négative
03	<i>Promouvoir la santé c'est bien, prévenir la maladie c'est mieux</i>	Affective	Négative
07	<i>Promotion et prévention sont quasiment la même chose car la promotion représente les trois niveaux de prévention</i>	Cognitive	Négative
31	<i>Ce n'est pas tous(les) les infirmiers (ières) qui peuvent faire de la promotion de santé</i>	Conative	Négative

30	<i>Ça demande beaucoup trop d'énergie de faire participer des personnes à un projet de promotion de santé</i>	Affective	Négative
02	<i>La promotion de santé privilégie une approche centrée sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques.</i>	Cognitive	Positive

Ce sont des items à tendance négative pour lesquels un grand nombre d'étudiants ont donné leur avis entre « absolument pas d'accord » et « pas d'accord » à la fin du module. Ils sont des trois domaines. Ils définissent donc une attitude de promotion de santé d'abord par ce qui ne la définit pas.

Au niveau des contenus nous pourrions résumer ainsi les intitulés : l'item 14 touche à la notion de participation, le 29 à l'empowerment, le 08 à la personnalité, le 03 au paradigme biomédical, le 07 à la prévention, le 31 à la pratique professionnelle, le 30 à la notion de motivation. Ce qui nous donne un facteur relativement riche en contenus qui nécessite d'avoir une bonne compréhension du domaine de la promotion de la santé pour ainsi se positionner.

L'item 14 qui peut être considéré comme chef de file a pu faire l'objet d'un biais de désirabilité. En effet, le scénario pédagogique mis en place ne permet pas de faire un projet de promotion de santé sans la population, la réponse attendue du questionnaire est donc bien de ne pas être d'accord.

Le dernier item par sa position positive confirme l'importance de cet item. Il semble qu'il soit l'item qui sert d'ancrage à l'attitude de promotion de la santé. il est le lien avec l'axe F2.

Items par ordre décroissant d'importance à la construction de l'axe F2 (15%)			
No item	Intitulés	Dimension	Tendance
02	<i>La promotion de santé privilégie une approche centrée sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques.</i>	Cognitive	Positive
12	<i>Favoriser la participation de la population concernée peut se faire en étant enthousiastes lors du recueil de données et de l'animation de la table ronde</i>	Affective	Positive
22	<i>Dans mon offre en soins je tiens compte de tous les éléments qui déterminent la santé</i>	Conative	Positive
25	<i>Elaborer en groupe un projet concert de promotion de santé me permet de développer des compétences stratégiques dans ce domaine</i>	Conative	Positive
23	<i>Il est primordial d'apporter des savoirs à la population concernée si nous voulons qu'il y ait changement</i>	Cognitive	Négative
04	<i>J'aime beaucoup l'approche de promotion de santé</i>	Affective	Positive
18	<i>Rencontrer la population pour élaborer un projet donne une dimension plus réelle et plus humaine au projet</i>	Affective	Positive
01, 21, 17		Cogn, cona, cona	Neg, neg, positive

Ici nous trouvons les items en premier à tendance positive qui définissent un ensemble. Ils sont issus des trois composantes. L'item 02 qui donne le sens de l'axe a aussi joué un rôle dans la définition de l'axe F1.

Cet axe nous rappelle que notre échelle de mesure est fortement liée au contexte du scénario pédagogique dans lequel les étudiants travaillent en groupe pour élaborer un projet avec une population. Les items ne reflètent donc pas une attitude générale à l'égard de la promotion de la santé dans n'importe quel contexte.

Dans l'ordre d'importance des items, il est intéressant de noter en deuxième position, le numéro 12 qui met en avant le domaine de l'affect pour sa contribution à l'attitude de promotion de santé.

Un item se distingue, du point de vue tendance, c'est le numéro 23. Il est positionné comme étant proche de la modalité « d'accord » alors que nous attendions un plutôt « pas d'accord ». Cet item comme quoi il est primordial d'apporter des savoirs aux individus pour obtenir un changement, nous fait réfléchir sur l'acquisition de la compréhension du concept d'empowerment travaillé pendant le module.

D'un côté, cela peut se comprendre car en tant qu'étudiants le statut du savoir est bien au centre de leur préoccupation et le rôle du professionnel de santé est bien de mettre son savoir au service de la personne. Cet item a peut-être été compris sous l'angle d'apporter des savoirs et pas dans son entier avec l'angle d'obtenir un changement !

De plus, nous avons constaté durant ces années où nous avons expérimenté ce scénario pédagogique, qu'il est difficile pour certains d'entre eux d'aller à la rencontre des individus sans avoir à leur apporter quelque chose de concret. Et comme la population qu'ils rencontrent n'a pas besoin de « soins » le concret signifie conseils et informations sous forme de savoirs.

DISCUSSION

1. Résultats en regard des éléments théoriques

Est-ce que les étudiantes et les étudiants en dernière année de Bachelor en Soins infirmiers développent une posture de promotion de la santé quand ils élaborent un projet de promotion de santé ?

Quels sont les facteurs qui influencent les composantes cognitives, affectives et conatives de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé ?

1.1. Résultats du score total de l'attitude.

Les résultats montrent qu'au cours des cinq semaines du module spécifique à la promotion de la santé les étudiants partent d'une moyenne de score total de 107.69 ± 2.04 pour arriver à la fin du module à une moyenne de score de 116.76 ± 2.27 sur un total de 155. L'évolution est confirmée par une comparaison des moyennes par paires, qui donne un résultat significatif $t(45) = - 8.89$, $p < 0.00$ et une corrélation forte $r = 0.56$ entre les résultats de T0 et T2.

Les étudiants partent à T0 avec une attitude déjà positive à l'égard de la promotion de la santé. Ils sont en troisième année, ont déjà reçu des contenus de cours concernant ce domaine et sont allés en stage. Ils ont déjà une idée de ce qu'est la promotion de la santé même si les infirmières ne savent pas toujours comment l'intégrer et appliquer ses principes, elles sont persuadées que la promotion de la santé fait partie de leur rôle professionnel (Jakson, 2007).

Toutefois du fait d'avoir reçu trois mois avant, des informations sur la démarche attendue (identifier un thème de santé, un setting et une population concernée et de construire avec elle des pistes d'action pour répondre à des changements souhaités) il est très possible qu'il y ait un biais de désirabilité sur les items qui touchent au sujet du projet avec une population et cela autant à T0 qu'à T2.

Sur le plan pédagogique, le but du développement de cette attitude est qu'elle prédise un comportement. Plus les pensées et les ressentis sont en cohérence et plus cette prédiction est favorisée (Fiske, 2008, p 305). Autrement dit, plus chacune des trois composantes de l'attitude est en cohérence avec l'évaluation globale plus la structure présente une cohérence interne et plus le comportement est prédit (Ibid, 2008, p 271).

1.2. Résultats dans les trois composantes.

Les résultats montrent que l'évolution se situe aussi dans chacun des scores des trois composantes. Elles sont donc en cohérence avec l'évaluation globale.

La moyenne de la composante cognitive augmente de 32.93 ± 0.81 à une moyenne à T2 de 39.09 ± 1.12 . celle de la composante affective augmente de 33.98 ± 1.01 à une moyenne à T2 de 36.09 ± 1.10 et celle de la conative augmente de 40.80 ± 1.08 à 41.56 ± 1.04 . L'évolution est confirmée par un student apparié pour le cognitif $t(45) = - 10.80$, $p < 0.00$ et un pearson faible $r = 0.23$, pour l'affectif $t(45) = - 4.20$, $p < 0.00$ et un pearson fort $r = 0.53$ et pour le conatif un $t(45) = - 1.68$, $p < 0.05$ et un pearson fort $r = 0.55$.

1.2.1. la variable cognitive en tant que variable prédictive

Une régression linéaire a permis de mesurer la part des acquis au départ dans l'évolution du score à T0 vs T1 et T0 vs T2 dans chacune des composantes. Les résultats montrent que le score obtenu à la variable cognitive à T0 n'influence en rien les scores obtenus dans les trois composantes à T1 et à T2. Les étudiants ne reposent pas l'attitude qu'ils développent à T1 et à T2 sur ce qu'ils connaissent de la promotion de la santé au début du module. Il semble que le dispositif pédagogique incluant le conflit socio cognitif apporte bien une dissonance et un rééquilibrage pour que l'attitude positive au départ reposant sur certains items, se développe encore plus positive en se reposant sur de nouvelles connaissances plutôt que sur des acquis. Dans le domaine des attitudes leur changement, plutôt associé au cognitif alors que leur formation est plutôt associé aux processus affectifs (Fiske, 2008, p280) nous assistons donc semble-t-il à un changement d'attitude dans la composante cognitive concernant la promotion de la santé

1.2.2. La variable affective en tant que variable prédictive

Par contre à T1, c'est-à-dire à la fin des trois semaines, les scores de la composante affective reposent sur 35 % ($R^2 = 0.35$, $F(23.13)$, $p < 0.0001$) de la composante affective et 12% ($R^2 = 0.12$, $F(6.11)$, $p < 0.01$) de la composante cognitive obtenus à T0. A T2 le coefficient de détermination diminue à 27% pour l'affectif et reste stable pour la participation du cognitif de départ au score de l'affectif.

Les trois premières semaines ont permis aux étudiants d'acquérir de nouvelles connaissances et les deux suivantes, de vivre l'expérience de la pratique de promotion de la santé avec des individus. A T2 la composante affective de l'attitude n'étant plus déterminée que par 27% de leur positionnement au départ dans la composante affective et le score augmentant toujours de manière significative, nous pensons que les étudiants se sont appuyés sur des processus affectifs développés pendant ces cinq semaines pour leur permettre une évaluation encore plus positive. Fiske (Ibid, p283) explique que l'acquisition des attitudes, plutôt associée aux processus affectifs, peuvent découler des processus d'apprentissage suscités par la fréquence d'exposition de l'objet où plus l'objet est exposé et plus l'évaluation se positive. De plus, des études ont montré que pour développer une attitude promotion de santé les étudiants expriment le besoin d'être actifs, participants et d'être émotionnellement et physiquement engagés (Schickler et al, 2002 ; Beaudet et al, 2008).

1.2.3. La variable conative en tant que variable prédictive

Pour la composante conative, la régression linéaire montre que à T1, 16 % ($R^2 = 0.16$, $F(8.61)$, $p < 0.005$) de son score sont expliqués par le score de la composante conative et donne un résultat à 31% ($R^2 = 0.31$, $F(19.31)$, $p < 0.0001$) à T2 augmentant de 15% les deux dernières semaines. Ceci explique la forte corrélation entre T0 et T2 ($r = 0.55$). Elle montre également que à T1, 19% ($R^2 = 0.19$, $F(10.10)$, $p < 0.003$) de son score sont expliqués par le score de la composante affective obtenus à T0 et donne un résultat à 8% ($R^2 = 0.08$, $F(3.8)$, $p < 0.05$) à T2 diminuant de 11% les deux dernières semaines.

Les items catégorisés dans cette dimension conative sont des items qui reflètent des actions infirmières. Et c'est durant les deux dernières semaines que les étudiants concrétisent le plus leurs actions dans la rencontre avec une population. C'est une attitude qui se construit avec l'expérience directe et qui est plus accessible, et plus elle est accessible et plus elle prédit le comportement (Ibid, p305). Pour le côté affectif, il semble que les étudiants se reposent moins sur leurs premiers sentiments à l'égard de la promotion de la santé pour agir dans leur projet durant les deux dernières semaines (- 11% entre T1 et T2).

1.2.4. Le scénario pédagogique en tant que variable prédictive

Le scénario pédagogique a pour objectif de couper avec la pratique car elle montre des perceptions de la promotion de la santé et une compréhension du concept qui relèvent de l'individuel avec une approche d'éducation à la santé traditionnelle, bien installée et formalisée dans laquelle la santé est mise en opposition à la maladie (Casey, 2007, Piper, 2008, Chambers & Thompson, 2009). Il donne l'opportunité aux étudiants de comprendre le concept d'une manière plus générale car, dit Whitehead 2009, le concept de promotion de la santé vécu dans les soins infirmiers comparé à celui plus général est très mal compris autant en dehors qu'en dedans la profession.

Pour mesurer la part du scénario pédagogique à l'évolution du score T0-T1-T2 dans chacune des composantes, l'ANOVA pour la composante cognitive est $R^2 = 0.49$, $F(85.48)$, $p < 0.0001$, pour la composante affective $R^2 = 0.08$, $F(8.12)$, $p < 0.009$. Le scénario pédagogique explique à hauteur de 49% l'évolution du score de la composante cognitive. Ainsi plus l'objet est compris cognitivement et plus il est accessible c'est-à-dire évalué immédiatement (Ibid, p 276) et plus il est accessible plus il prédit le comportement (Ibid, p 305).

Le test de Tukey en comparaison par paires et celui de Dunnett avec en plus le témoin T0 mettent en évidence de manière significative l'importance des T0 vs T1 et T0 vs T2 dans l'évolution des moyennes des scores pour les composantes cognitive et affective

A T0 vs T1 le scénario pédagogique explique 53% ($R^2 = 0.53$, $F(101.10)$, $p < 0.0001$) du score cognitif alors qu'à T0 vs T2 il ne l'explique plus qu'à 49%. Cela signifie que l'acquisition de nouvelles connaissances et peut-être de changement au niveau des croyances se situent essentiellement dans les trois premières semaines. Cela est en cohérence avec le déroulement des étapes du scénario qui privilégie les trois premières semaines un apport de connaissances et de stratégies spécifiques au domaine de la promotion de la santé pour pouvoir rencontrer la population pour un échange constructif à la quatrième semaine. son importance diminue dans les deux dernières semaines.

A T0 vs T1 le scénario pédagogique explique 6% ($R^2 = 0.06$, $p < 0.01$) du score affectif et l'explique encore à 7% à T0 vs T2. Cela signifie que celle-ci développe également son score dans les trois premières semaines mais contrairement aux connaissances elle continue d'augmenter durant les deux semaines suivantes.

Le scénario pédagogique est assimilé au temps contenant l'intervention mise en place car même si d'autres variables (QI, expérience, personnalité, ou autre...) jouent un rôle, nous pensons que leur caractère prédictif ne serait pas significatif dans la mesure où ces cinq semaines sont entièrement consacrées à la promotion de la santé. Nous avons trouvé dans la recension des études l'importance d'avoir dans le curriculum, des modules spécifiques à la promotion de la santé (Poskiparta et al, 2000 ; Walger, 2008 ; Falk-Rafael et al, 2004 ; Aponte et Egues, 2010 ; Gosline et Schank, 2003) pour permettre aux étudiants de clarifier les concepts et identifier des exemples concrets de pratique de promotion de santé mais nous n'avons pas relevé de problématique en rapport au temps.

Les études relatant une expérience du même genre parlent d'un projet sur 13 semaines (Falk-Rafael et al, 2004), sur 7 semaines (Aponte et Egues, 2010), sur trois mois (Gosline et Schank, 2003), sur une année (Siu-Chee Chan, 2002). Par contre l'importance est mise dans ces études sur la présence d'une population ou d'une communauté pour que les étudiants développent des savoirs faire (Beudet et al, 2008).

1. 3. Les scores dans les items

Concernant les scores des items pour chaque sujet, les onze items de la composante cognitive ont tous augmenté de manière significative entre le début et la fin du module.

Les deux items ayant le plus évolué entre T0 et T2 sont à tendance positive : le 02 (*La promotion de la santé privilégie une approche centrée sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques*) qui présente une différence entre les moyennes des scores de - 1.02 et un $t(45) = -7.26$, $p < 0.0001$ et le 28 (*La promotion de santé se réfère en premier à la charte d'Ottawa*) qui présente une différence entre les moyennes des scores de - 1.00 et un $t(45) = -6.58$, $p < 0.0001$. Ces deux items ne suffisent pas à eux seuls pour comprendre ce qu'est la promotion de la santé mais ils peuvent définir à eux seuls ce qu'est la promotion de la santé. Si les étudiants conservent ce cadre de référence pour ancrer leur posture de promotion de la santé cela devrait, dans la pratique professionnelle, permettre la différenciation avec l'éducation à la santé (Whitehead, 2009, 2011 ; Schikler, 2002), avec la prévention et l'approche biomédicale (Abraham, 2007 ; Beaudet, 2008 ; Longtin et al, 2006 ; Whitehead, 2007 ; Piper, 2008) qui sont perçus comme des obstacles à la pratique de promotion de santé.

Les deux items suivants ayant le plus évolué sont à tendance négative : le 07 (*Promotion et prévention sont quasiment la même chose car la promotion représente les trois niveaux de prévention*) qui présente une différence entre les moyennes des scores de -0.72 et un $t(45) = -4.39$, $p < 0.0001$ et le 23 (*Il est primordial d'apporter des savoirs à la population concernée si nous voulons qu'il y ait changement*) qui présente une différence entre les moyennes des scores de - 0.72, $t(45) = -4.39$, $p < 0.0001$. L'item 07, par l'expression du désaccord (tendance négative) renforce la compréhension de l'item 28. L'item 23 par l'expression du désaccord illustre la connaissance de la définition de la promotion de la santé selon la charte d'Ottawa puisque il s'agit d'un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et la connaissance de certains principes qui sont ici l'empowerment et la participation.

Pour les neuf items de la composante affective, quatre items (deux à tendance positive et deux à tendance négative) ont augmenté significativement. Celui qui a le plus évolué est le 12 à tendance positive (*Favoriser la participation de la population concernée peut se faire en étant enthousiastes lors du recueil de données et de l'animation de la table ronde*) qui présente une

différence entre les moyennes des scores de -0.54 , $t(45) = -4.04$, $p < 0.00$. Cet item fait référence au dispositif pédagogique. Il est possible qu'il y ait un fort biais de désirabilité.

Arrêt sur image à T2, avec une AFC, avec une inertie totale de 0.818 donc des variables proches du centre de gravité. Elle permet de résumer les items à 95% avec trois axes. Le nuage de points constitué de F1 (73.17%) et F2 (15.07%), dessine une courbe en forme de parabole avec d'un côté les items à tendance positive et de l'autre à tendance négative. Les items à tendance négative étant dans le sens contraire attendu (à droite du graphique), c'est le premier item où les étudiants se sont positionnés en premier dans le désaccord, le plus fortement, qui a donné le sens à l'axe. Il s'agit de l'item 14 (*un projet de promotion de santé sans la population concernée est tout aussi réalisable qu'avec la population concernée*). C'est l'item que nous pensons qui a subi le plus, l'effet du biais de désirabilité au temps 2 car les étudiants venant de mettre cinq semaines d'énergie à élaborer un projet de santé avec une population, ne peuvent que dire qu'ils ne sont pas d'accord si de le réaliser sans la population c'est aussi de la promotion de la santé.

Un item, placé bien au-delà de la modalité « entièrement d'accord » se distingue dans ce nuage. C'est le 02 (*La promotion de la santé privilégie une approche centrée sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques*). Il apparaît comme étant le moins en discussion et le plus accepté.

L'item 01 (*la promotion de santé c'est : sensibiliser, informer et responsabiliser*) est à tendance négative car ce sont des actions de prévention et d'éducation et ne représentent pas la définition de la promotion de la santé. Plutôt d'approche biomédicale mettant l'accent sur la maladie, les risques ces actions reflètent plutôt l'ancien paradigme de la promotion de la santé (Longtin et al, 2006). Dans notre recension des écrits nous avons vu que la pratique de promotion de la santé exercée sur le terrain consiste à viser plutôt la prévention et distribuer l'information (Kellex & Abraham, 2007). Qu'elle est centrée sur l'objectif de changement de comportement individuel (Dallaire et al, 2000, Richard, Fortin et Bérubé, 2004, Longtin et al, 2006, Whitehead, 2009) et que par conséquent il y a une tension entre éducation et promotion de santé (Longtin et al, 2006, Whitehead, 2003) qui affecte les activités infirmières. Ainsi, nous pouvons comprendre la place donnée à cet item dans l'attitude, proche des items à tendance positive reflétant la promotion de la santé (18, 28, 27, 05).

2. Réponse à la question de recherche

En réponse à la question de recherche nous pouvons dire que les étudiants développent une posture de promotion de santé en élaborant un projet de promotion de santé.

Pour le montrer nous avons comme objectifs :

1. Mesurer l'évolution de la posture de promotion de la santé des étudiants au cours des cinq semaines. Pour cela, nous avons mesuré l'évolution de cette attitude entre le début, la fin de trois semaines et en fin de module, d'abord d'une manière globale puis plus particulière, centrée sur les trois composantes de l'attitude.
2. Mesurer l'effet du scénario pédagogique mis en place pendant ce module sur la posture de promotion de la santé à la fin du module.

Pour cela, nous avons mesuré l'effet du scénario pédagogique, mis en place pour permettre d'élaborer ce projet, sur chacune des composantes de l'attitude, au temps 1 à la fin des trois semaines et au temps 2, deux semaines après. C'est un facteur qui influence beaucoup les connaissances et croyances à l'égard de la promotion de la santé, surtout à la fin des trois semaines (53%) et diminue les deux semaines suivantes puisqu'il ne détermine les résultats à T2 plus qu'à 49%. Il influence aussi à hauteur de 6% les sentiments mesurés après trois semaines en augmentant encore un peu les deux semaines suivantes (résultats à 8%).

Les effets attendus du scénario pédagogique, renforcés par la recension des écrits, étaient la compréhension du concept de promotion de santé référencé à la charte d'Ottawa, la mise en évidence de la confusion qui existe, autant à l'intérieur de la profession infirmière qu'à l'extérieur, avec les domaines de la prévention et d'éducation à la santé et l'accès à des populations n'ayant pas de problème de soin à priori pour avoir l'opportunité de vivre une posture professionnelle axée sur la promotion de la santé en général.

Nous avons pu mesurer ces effets d'une part à l'aide des tests de student par l'évolution des items durant ces cinq semaines et d'autre part à l'aide d'une AFC. Cette AFC a permis de les hiérarchiser, d'identifier lesquels en premier, à la fin du module, définissaient la posture de promotion de la santé pour la plupart des étudiants. Nous aurions aimé à l'aide d'une ACP réduire les items pour identifier lesquels déterminaient la posture et repérer un profil mais les résultats ont montré un nombre de variables toujours aussi important comme quoi le concept de promotion de la santé est bien un concept multi défini et complexe.

3. Identifier les facteurs qui influencent les composantes cognitives, affectives et conatives de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé.

Pour cela nous avons mesuré l'effet de chacun des scores des composantes à T0 sur les trois composantes pour identifier les facteurs qui influencent les composantes de l'attitude de promotion de la santé.

Les réponses obtenues au questionnaire en début de module qui concernent les connaissances dans le domaine de la promotion de la santé, n'influencent aucunement les trois composantes de l'attitude. Les sentiments, au début du module, à l'égard de la promotion de la santé déterminent une partie de ces mêmes sentiments (35%) à la fin des trois semaines qui diminue (27%) les deux semaines suivantes et influencent une partie des intentions de la pratiquer (12%) tout au long des cinq semaines. Les intentions de pratiquer la promotion de la santé mesurées au départ déterminent une partie (16%) des intentions de la pratiquer à la fin des trois semaines qui augmente (31%) les deux semaines suivantes et influencent une partie (19%) des sentiments à l'égard de la promotion de la santé qui diminuent (8%) les deux semaines suivantes.

Nous voyons ici que les réponses en lien avec la pratique professionnelle sont beaucoup plus développées en deuxième partie du scénario dans l'étape où la rencontre se fait concrètement avec les populations. Il semble que l'accès à l'opportunité est une condition nécessaire à l'acquisition de cette posture. Ces résultats vont dans le sens de l'étude de Sjögrén et al, (2003) qui montre que même si la promotion de la santé a été étudiée en classe, il est difficile à appliquer pendant les stages. C'est pourquoi, à l'aide de l'élaboration d'un projet avec une population les étudiants développent leur rôle promoteur de santé qui signifie dit Raeburn, (2007) avoir une vision de la promotion de la santé qui engage vraiment les personnes et leurs communautés d'une manière participative et « empowering ».

La réussite dépend donc pour une partie d'une attitude positive au départ à l'égard de la promotion de la santé surtout pour ce qui concerne les sentiments et les intentions de la pratiquer, pour une autre partie, du scénario pédagogique et pas du tout des connaissances présentes au départ. Nous constatons ainsi que les étudiants acquièrent de nouvelles connaissances spécifiques à la promotion de la santé afin de l'exercer lors de leur projet. Cela confirme les résultats de l'étude de Shickler et al (2002) qui montrent qu'il ne suffit pas

d'apporter un enseignement théorique complet pour que les étudiants manifestent une perception correcte de la promotion de la santé.

3. Limites

3.1. L'échantillonnage

Nous avons pu suivre l'évolution des scores aux résultats du questionnaire pour 45 mêmes sujets aux trois temps prévus, sur les 51 qui suivaient l'enseignement du module. C'est un bon nombre pour valider la réussite du développement de leur attitude concernant ce module mais ce n'est pas suffisant pour avancer que tout étudiant qui suit ce type de module réussira à développer une attitude professionnelle de promotion de la santé.

3.2. Les limites statistiques

Les résultats de cette étude montrent que les étudiants acquièrent une posture de promotion de santé quand ils élaborent un projet avec une population car ils comprennent mieux le concept général de promotion de la santé et peuvent appliquer ses principes dans les différentes étapes de la démarche de leur projet. La méthodologie choisie ne permet pas de mesurer pour chacun des étudiants l'acquisition de ces principes de manière précise et différenciée. Pour cela une approche qualitative serait pertinente.

De plus, il faut un nombre suffisant de données pour les traiter de manière quantitative. Dans le cas de nos variables âge et sexe il a été difficile de rechercher des réponses car l'échantillon présente une population à 94% féminine et une moyenne d'âge à 94% entre 22 et 25 ans. Quant à la variable sentiment de cohérence à l'égard de la vie qui aurait pu influencer la posture (d'après Antonovsky, 1996) nous avons extrait deux questions (items 32 et 33) d'un questionnaire validé de treize questions, également échelle de Likert à cinq modalités. Nous ne pouvons pas utiliser les réponses car elles sont déconnectées de l'ensemble.

3.3. Validité de construit

La création d'un questionnaire n'est pas une chose facile. Nous avons choisi de mesurer l'attitude en regard du concept général de promotion de santé car notre problématique se situe au niveau de sa compréhension. Pour cela nous avons sélectionné des avis et remarques positives et négatives en lien avec les dimensions idéologiques et pragmatiques que nous avons catégorisés dans les trois composantes de l'attitude. Ces remarques, faites à l'égard de

la promotion de la santé, sont issues des travaux des étudiants des années précédentes. Bien que l'alpha de Cronbach à 0.76 montre une cohérence interne satisfaisante, que l'échelle montre un S-CVI/Ave à 0.91 et que les items sont validés (I-CVI p55) par des experts professionnels du domaine, le choix des items, catégorisés dans ces trois composantes reste très subjectif. Peut-être que cela n'a pas eu de conséquences sur les mesures faites au niveau du score global de l'attitude ni sur les items comparés un à un mais sûrement sur les comparaisons des composantes entre elles.

3.4. Validité interne

Lorsque les étudiants répondent au questionnaire au début du module ils ont déjà une idée de nos attentes transmises par divers moyens (fiche de module, informations trois mois avant, expérience des étudiants de l'année passée, etc...). De ce fait, ils connaissent l'importance que nous donnons au « rendre acteur » une population et nous avons ici un biais de désirabilité. Nous avons essayé de le minimiser en formulant des affirmations qui peuvent obtenir un accord si elles sont comprises dans le paradigme de la prévention ou de l'éducation à la santé dans une approche biomédicale mais un désaccord si elles sont comprises dans le paradigme de la promotion de la santé dans le sens de la charte d'Ottawa.

Nous avons également le biais de sélection dans la mesure où l'échantillon n'est constitué que d'étudiants d'une seule école qui sont assujettis à la même intervention. Nous aurions pu le diminuer en comparant deux écoles de soins infirmiers dont l'une pratique l'approche populationnelle pour comprendre le concept général de promotion de la santé et l'autre pas.

3.5. Validité externe

Les résultats de cette étude s'appliquent aux étudiants Bachelor en soins infirmiers pourraient-ils s'appliquer aux professionnels dans le domaine des soins infirmiers. Nous pensons que oui car les résultats montrent que la posture développée ne dépend pas des acquis au départ. Ainsi, un même type de scénario pédagogique par projet pourrait être construit en formation post grade avec l'objectif de changer l'attitude des professionnels à propos de la promotion de la santé. Une attitude qui identifierait les opportunités grâce à une meilleure compréhension du concept en général.

3.6. Limites du résultat

Ce n'est pas un questionnaire pour évaluer les stratégies mises en place pendant le module pour réussir la démarche de promotion de santé mais bien pour mesurer une attitude qui sera peut-être, prédictive du comportement dans n'importe quel contexte. Pour mesurer cette attitude, les formulations des items sont axés sur les croyances, les représentations, les ressentis, les intentions, concernant le contenu d'une attitude de promotion de la santé dans ses deux axes idéologiques et pragmatique. De ce fait, les résultats reflètent une attitude mais pas la certitude que cette attitude prédise le comportement de promotion de la santé.

Pour entraîner un comportement l'attitude se réfère à un contexte. Hors, concernant l'intégration de la promotion de la santé dans les terrains de pratique, les recherches disent que la compréhension que les infirmières ont de ce domaine relève plutôt de l'éducation à la santé dans laquelle est privilégiée l'approche individuelle centrée sur le changement de comportement avec un modèle biomédical mettant en opposition la santé et la maladie, ce qui donne une vision « étroite » de la promotion de la santé. Est-ce que les étudiants, pourraient mieux identifier des opportunités pour pratiquer la promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa car ils pourraient se référer au contexte dans lequel ils ont construit leur posture ? Cela reste une inconnue.

Nous avons vu que la mesure de l'attitude pris à deux moments du déroulement du scénario pédagogique avait de l'importance dans les résultats car ils étaient fortement liés à l'étape que les étudiants vivaient dans la démarche de leur projet. C'est pourquoi l'établissement en fin de module de la présence d'une posture de promotion de la santé chez les étudiants ne garantit pas qu'elle continue à se développer et même qu'elle soit conservée.

La théorie sur les attitudes nous dit qu'une fois que l'attitude est construite et structurée elle a de la peine à changer. Elle continue à se développer en périphérie et conserve son noyau central. Au contact de l'objet elle se rend accessible pour prédire le comportement. Ainsi, il serait pertinent de mesurer cette attitude dans quelques mois, dans la pratique professionnelle, et d'évaluer le comportement en regard des opportunités de promotion de santé que nos anciens étudiants rencontrent.

CONCLUSION

En conclusion nous confirmons que, malgré les limites présentées, nos résultats sont intéressants à exploiter en vue d'une pratique professionnelle centrée sur le rôle promoteur de santé de l'infirmière.

Ils répondent à la problématique posée de la compréhension peu claire des infirmières, du concept général de la promotion de la santé, de la confusion existante chez les professionnels, avec les activités d'éducation à la santé et de prévention et de la difficulté pour les étudiants à identifier des opportunités pour la pratiquer.

La communauté est le terrain idéal pour acquérir une attitude qui n'est pas encore construite ou pas encore finie d'être mentalement structurée. La communauté offre un paradigme autre que celui des soins. Elle offre un lieu favorable à la confrontation des représentations à propos de la santé et à la prise de position. Elle permet aux étudiants d'ancrer leurs connaissances et d'expérimenter les principes qui guident les actions de promotion de la santé.

Nous avons présenté, dans le contexte de notre introduction générale avec l'intégration pour 2012 d'un nouveau plan d'étude cadre (PEC), l'opportunité par cette étude de questionner les contenus et la pédagogie concernant aujourd'hui l'enseignement de la promotion de la santé à la Heds santé de Fribourg dans le programme Bachelor en soins infirmiers.

Le nouveau PEC 2012 mettant l'accent sur le rôle promoteur de la santé, il nous paraît incontournable que les étudiants comprennent ce qu'est la promotion de la santé et ce qui la définit. Prendre conscience de ce que signifie avoir un rôle promoteur de santé c'est avoir une vision de la promotion de la santé qui engage vraiment les personnes et leurs communautés d'une manière participative et « empowering » (Raeburn, 2007).

Considérant que l'éducation à la santé et la prévention de la maladie font partie du domaine de la promotion de la santé mais aucun des deux n'étant synonyme du concept nous affirmons qu'il est nécessaire, de favoriser un milieu propice à une compréhension du concept de promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa et à une expérimentation des principes qui la guident pour que l'étudiant prenne conscience du rôle promoteur de santé de l'infirmière.

Recommandations :

- Nous allons dans le sens des études (Poskiparta et al, 2000 ; Walger, 2008 ; Sjögrén et al, 2003 ; Falk-Rafael et al, 2004 ; Aponte et Egues, 2010 ; Gosline et Schank, 2003 ; Siu-Chee Chan, 2002 ; Beaudet et al, 2008) qui montrent que les étudiants ont besoin de modules spécifiques à la promotion de la santé pour clarifier les concepts et identifier des exemples concrets de pratique de promotion de santé au sens de la charte d'Ottawa, en plus de contenus intégrés dans d'autres modules. Il est donc important d'aplanir les obstacles comme certains enseignants en soins infirmiers qui restent ancrés dans la vision traditionnelle de la promotion de la santé, et qui en adhérant exclusivement à l'intégration de cet enseignement dans les autres modules et non pas comme sujet distinct, ne favorise pas l'attitude de promotion de la santé telle qu'elle est décrite dans la charte d'Ottawa (Sjögrén et al, 2003).
- Le dispositif pédagogique choisi doit donner l'opportunité de rencontrer des individus réels qui forment une communauté réelle et qui n'ont, à priori, aucun problème de soin qui nécessite l'intervention d'une infirmière mais qui sont concernés par la thématique de santé, ceci pour favoriser les apprentissages en lien avec les principes de participation et d'empowerment et pour comprendre l'influence de l'environnement.
- Une pédagogie de projet par groupes coachés par des professeurs est privilégiée. Elle permet le conflit socio cognitif et favorise les allers/ retours entre les savoirs et les savoirs faire, entre les connaissances et stratégies apportées en théorie et les principes et stratégies appliqués auprès d'une communauté. Elle permet également la confrontation des savoirs être.
- Le but n'est pas la réussite du projet de promotion de santé mais la prise de conscience du rôle promoteur de santé de l'infirmière et des opportunités pour le pratiquer. C'est pourquoi nous demandons une évaluation de leur démarche et non une évaluation de la réussite du projet qui vise un changement au niveau des individus ou de l'environnement.
- La durée du projet et le moment du projet ne sont pas importants car nous avons vu dans les résultats que les étudiants développent en premier les connaissances dont ils

ont besoin, pour les appliquer dans un deuxième temps et les acquis au départ concernant les connaissances et croyances n'interviennent pas du tout sur le développement de leur posture de promotion de santé.

- La taille du groupe ne semble pas être un critère important car tous les étudiants évoluent dans leur posture de promotion de santé mais elle doit pouvoir permettre de bonnes conditions pour vivre le conflit socio cognitif.
- Le rythme du projet se situe dans un déroulement logique d'étapes pour qu'il reste mentalement accessible et serve d'ancrage à la construction ou au changement de la structure mentale de l'attitude.

Challenge pour 2012

Dans le chapitre des données probantes nous avons vu que la promotion de la santé s'exprime plutôt dans son axe pragmatique, bien installé et formalisé, dans l'activité de l'éducation à la santé et de la prévention avec une approche biopsychosociale et plutôt biomédicale quand il s'agit du domaine des soins. L'axe idéologique posant les fondements du concept de promotion de la santé, a de la peine, faute de cadre théorique général, à s'articuler avec l'axe pragmatique. Mais si ce cadre n'existe pas encore, du fait de la jeunesse du concept général, des modèles observant le processus et mettant en scène les concepts issus des principes fondamentaux de la promotion de la santé, commencent à se multiplier.

Le challenge de ce PEC 2012 sera donc de ne pas considérer, dans ses axes de développements, les activités d'éducation à la santé et de prévention comme étant représentatifs à eux seuls du domaine de la promotion de la santé. Elles seraient coupées des principes fondamentaux qui les guident et seraient remplacées par d'autres principes car il est illusoire de penser qu'une action ne repose sur aucun principe (Massé, 2003).

Avis de l'auteure : Le domaine de la promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa est en pleine croissance et si l'infirmière veut y jouer un rôle c'est maintenant qu'elle doit se positionner en ayant toutes les connaissances pour le faire.

Bibliographie

- Alexandre, V. (1996). Les attitudes: définitions et domaines. In J.C. Deschamps et J.L. Beauvois (sous la dir.de), *Des attitudes aux attributions* (pp. 23- 40). Grenoble : PUG
- Aponte, J. and Egues, A. L. (2010). A School of Nursing-Wellness Center Partnership: Creating collaborative Practice Experiences form Undergraduate US Senior Nursing Students. *Holistic Nursing Practice*, 24 (3), 158-168
- Antonovsky, A. (1992). Can Attitude to health? *Advances, the journal of Mind-Body Health*. 33-49
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*. 11(1), 11- 18.
- Arwidson, P., Bury, J., Choquet, M. et al. (2001). *Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris : INSERM
- Beaudet, N. et al. (2008). *La pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention en CSSS, mission CLSC*. Quebec : Rapport synthèse, 11(2).
- Bennacer, A. (2008). Les attitudes des élèves envers l'école élémentaire et leur évaluation. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 58(2), 75-87.
- Bouletreau, A., Chouanière, D., Wild, P. & Fontana, J.-M. (1999). *Concevoir, traduire et valider un questionnaire*. A propos d'un exemple, EIUROQUEST. Service d'Epidémiologie, INRS. NS 178.
- Bressoud, E. (2002). La force de l'attitude : clarification conceptuelle et impact au sein du processus comportemental. *Actes des XVIèmes Journées Nationales des IAE*. Paris.
- Brunner, L., Smeltzer, S., Bare, B., Suddarth, D. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie*. 4^{ème} édition. Bruxelles : De Boeck
- Bunton, R. & Macdonald, G. (1992). *Health Promotion : Disciplines and Diversity*. London: Routledge.
- Broesskamp-Stone, U. & Ackermann, G. (2007). *La pratique exemplaire dans la promotion de la santé et la prévention*. Promotion santé Suisse.
- Caelli, K. Downie, J. & Caelli, T. (2003). Towards a decision support system for health promotion in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (2), 170-180
- Canguilhem, G. (1990). *La santé, concept vulgaire et question philosophique*. Sables : Pin-Balma
- Carricano, M., Poujol, F. & Bertrandias, L. (2010). *Analyse de données avec SPSS*. 2^èd. Paris : Pearson
- Casey, D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1039–1049
- Catford, J. (2007). Ottawa 1986 : pivot du développement de la santé mondiale. *In The Ottawa Charter for health promotion : a critical reflexion*. Promotion et education supplement 2. St Denis, France: IUHPE
- Chambers, D. & Thompson S. (2009). Empowerment and its application in health promotion in acute care settings: nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 130-138
- Cross, R. (2005). Accident and Emergency nurses's attitudes towards health promotion. *Journal of Advanced Nursing* 51(5), 474-483

- Dallaire C, Hagan L, O'Neill M (2000). Linking health promotion and community health nursing : Conceptual and practical issues. Dans M.J. Stewart (sous la dir. de), *Community nursing : Promotion of Canadian's health* (297-317). 2e édition. Montréal : W.B. Saunders.
- Deschamps, J.-P. (2003). Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Santé Publique*. 15(3), 313- 325.
- D'Lugoff, M. I. & McCarter, J. (2005). Learning from Experience : Three Community Health Population-Based Outreach Projects for Graduate and Undergraduate Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2 (1), art 17.
- Doise, W. et Mugny, G. (1981). *Le développement social de l'intelligence*. Paris : InterEditions.
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*. Canada : Fides.
- European Anti Poverty Network. (2009). *Petits pas-grands changements. Construire la participation des personnes en situation de pauvreté*. Belgique : Basarab. T.
- Falk-Rafael, A. R., Ward-Griffin, C., Laforet-Fliessner, Y., & Beynon, C. (2004). Teaching Nursing Students to Promote the Health of Communities. A Partnership Approach. *Nurse Educator*, 29 (2), 63- 67.
- Fiske, S. (2008). J.-P. Leyens (revision scientifique). *Psychologie sociale*. Bruxelles : De Boeck
- Fortin J. (2005). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In D. Jourdan et M. Tubiana, *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire* (pp.51-65). Toulouse : École & Santé, 2.
- Frehner, P., Pfulg, D. Weinand, C. & Wiss, G. (2005). *La boîte à connaissances*. Projects funtasy, Suisse.
- Gagné, C. & Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives : guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Ecole des sciences infirmières, Université Laval.
- Gagnon, J et Grenier, R. (2004). Elaboration et validation d'indicateurs de la qualité des soins relatifs à l'empowerment dans un contexte de maladie complexe à caractère chronique. *Recherche en soins infirmiers*, 76, 50-67
- Goudet, B. (2005). *Les perspectives ouvertes par la promotion de la santé : les notions d' « empowerment » et de « compétences psychosociales »*. CRAES-CRIPS Aquitaine.
- Gosline, M. B. & M. J. Schank. (2003). A University-wide Health Fair. A Health Promotion Clinical Practicum. *Nurse Educator*, 28(1), 23-25
- Green, L.W. et Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edition. NY: McGraw-Hill Higher Education.
- Haute Ecole de Santé. (2011). *Objectifs et description du module 13. Bachelor 2008*. Fribourg : Quinodoz-Kerspern, M-N
- Haute Ecole de Santé. (2001). *Valeurs pédagogiques du site de formation de Fribourg pour le bachelor of science en soins infirmiers*. Fribourg
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale. (2010). *Elaboration du Plan d'études cadre Bachelor 2012, Filière soins infirmiers*. Version 4.
- Holt, M. & Warne, T. (2007). The educational and practice tensions in preparing pre-registration nurses to become future health promoters : A small scale explorative study. *Nurse Education in Practice*, 7, 373- 380

- Hood, S., Beaudet, M.-P., Catlin, G. (1996). *La santé, une question d'attitude*. Rapports sur la santé. Vol 7, No4. Statistique Canada. 27-35
- Howell, D. C., (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Paris : De Boeck
- Hsiao, Y-C., Chen, M-Y., Gau, Y-M., Hung, L-L., Chang, S-H. and Tsai, H-M. (2005). Short-Term Effects of a Health Promotion Course for Taiwanese Nursing Students. *Public Health Nursing*, 22(1), 74- 81
- Jakson, L. (2007). Health and health promotion. In J. Wills (Ed.), *Promoting Health : Vital Notes for nurses* (pp. 11-27). Oxford: Blackwell
- Jajkiewicz, N. & Nagels, M. (2008). *La formation infirmière à la croisée des chemins*. Efficacité et équité dans le management des directeurs de soins. Colloque « Efficacité et équité en formation », CREAD, Rennes, 19/20 novembre 2008.
- Jeanneret, O. et Gutzwiller F. (1996). *Médecine sociale et préventive, santé publique*. Bern : Huber
- Jodelet, D. (1992), Connaître sans savoir et savoir prendre : un art populaire d'emprise sur la folie dans M. Grossen et A.-N. Perret-Clermont (sous la dir. de), *L'espace thérapeutique*, Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Kelley, K. & Abraham, C. (2007). Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. *Journal of Clinical Nursing* 16, 569-579.
- Khanlou, N. (2003). Mental health promotion education in multicultural settings. *Nurse Education Today*, 23, 96-103
- Kickbusch, I. (2007). Vers une nouvelle santé publique. *Promotion et éducation*, 14(40)
- Ladsous, J. (2007). Posture du corps et de l'esprit, *Vie sociale et traitements*, 96, 74-77.
- Lameul, G. (2006). Posture professionnelle enseignante en question ? 8^{ème} biennale de l'éducation et de la formation. Paris : INRP
- Lalonde, M. (1975). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social.
- Le Boterf, G. (1998). *L'ingénierie des compétences*. Paris : Organisation
- Le Boterf, G. (2002). *Ingénierie et évaluation des compétences* (4ème éd.). Paris : Organisation
- Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES Rapport final*. KFH
- Liimatainen, L., Poskiparta, M. Karhila, P. and Sjögren, A. (2001). The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 648-658
- Longtin, M., Richard, L. et Bisailon, A. (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 87 (12), 4-15
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382- 385.
- Matalon, B. (1996). Les échelles d'attitude. In J.C. Deschamps et J.L. Beauvois (sous la dir.de), *Des attitudes aux attributions* (41-53). Grenoble : PUG

- McQueen, D. V. & Anderson, L.M. (2000). Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7(1), 79- 98
- McQueen, D. V. & Anderson, L.M. (2004). Utiliser des données probantes pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé : quelques enjeux fondamentaux. *Promotion & Education*. HS1.11-16
- McQueen, D.V. (2003). Aspects conceptuels autour de l'efficacité de la promotion de la santé. *Synthèse d'une journée*. Paris : INPES-UIPES
- Marguerat, D. & Cestre, G. (2002). *Le consommateur « vert » : attitude et comportement*. Working paper 0211. Université de Lausanne, HEC.
- Maloney M. P. & Ward M. P. (1973), « Let's hear from the people », *American Psychologist*, 28, 583-586.
- Massé, R. (2003). *Ethique et santé publique*. Laval, Canada :PUL.
- Merrieu, P. (1999). *Un nouvel art d'apprendre ?* Intervention aux Entretiens de la Villette. From http://www.unige.ch/fapse/SSE/groups/life/textes/Meirieu_A2001_02.html.
- Monnier J., Deschamps J.P., Fabry J., Manciaux M., Raimbault A.M. (1980). *Santé publique, santé de la communauté*. Villeurbanne : SIMEP
- Montandon, C. (2002). *Approches systémiques des dispositifs pédagogiques : Enjeux et méthodes*. Paris : L'Harmattan
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : PUL
- Nutbeam, D. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : OMS
- O'Neill, M. & Cardinal, L. (1998). Les ambiguïtés de la promotion de la santé au Québec. *Recherches Sociographiques*, 39 (1), 9-37
- O'Neill, M. (1999). Promotion de la santé : enjeux pour l'an 2000. *Canadian Journal of Nursing Research* 30(4), 249- 256
- O'Neill, M. (2004). Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? *Promotion et éducation*, Hors série 1. 6-10
- Organisation Mondiale de la Santé. (1978). *Alma Ata, Les soins de santé primaires*. WHO : Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé*. Première conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa.
- Pender, N.J., (1996). *Health promotion in nursing practice* (3^e ed). Stamford: Appleton & Lange
- Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Education Today*, 28, 186-193.
- Polit, S. F. & Tatano Beck, C. (2006). The Content Validity Index : Are you sure you know what's being reported ? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L. & Sjögren, A. (2000). Health promotion in the curricula and teaching of two polytechnics in Finland. *Nurse Education Today*, 20, 629- 637.

- Raeburn, J. (2007). Charte d'Ottawa: réflexions des antipodes. In the Ottawa Charter for Health Promotion: a critical reflection. *Promotion & Education*, supplement 2, IUHPE, 41-43
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment / Exemplars of prevention : Toward a theory for Community Psychology. *American Journal of community Psychology*, 15 (2), 121-148.
- Rateau, P. (2007). Les représentations sociales. In G. Amy, M. Piolat (dir. par), J. P. Petard (coordonné par), *Psychologie sociale*. Paris : Breal
- Rauch, A. (1995). *Histoire de la santé*. PUF : Paris
- Reising, D. L., Shea, R. A., Allen, P.N., Laux, M. M., Hensel, D. & Watts, P.A. (2008). Using Service-Learning to Develop Health Promotion and Research Skills in Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5 (1), art 29.
- Rhyme, A. M., McLaughlin, M. K., Malloy, P. J., Maccabe, A. T., & Hendrix, C. M. (2004). Writing Across the Curriculum. Using Healthy People 2010 and the DHHS Secretary's Award for Innovations in Health Promotion and Disease Prevention. *Nurse Educator*, 29 (4), 152-155
- Richard, L., Fortin, S., Bérubé, F. (2004). Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes: description et enjeux de la pratique infirmière en CLSC: *Santé Publique*, 16, 273-285.
- Richard, L, Breton, E.R., Lehoux, P. Martin, C. et Roy D. (1999). La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation. *Canadian Journal of Public Health*, 2, 99-103
- Rice, M.C. & Wicks M.N. (2007). The importance of nursing advocacy for the health promotion of female welfare recipients. *Nursing outlook*, 55(5), 220-223.
- Rootman, I. & al. (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. OMS Europe.
- Salesses, L. (2005). Effet d'attitude dans le processus de structuration d'une représentation sociale. *Psychologie française*, 50, 471-485.
- Saan, H. (2007). Ottawa 1986 revisité. In *The Ottawa Charter for health promotion : a critical reflexion*. Promotion et education supplement 2. St Denis, France: IUHPE
- Schickler, P. James, T. & Smith, P. (2002). How do I know it's health promotion? A study of health promotion activities and awareness in student placements. *Learning in Health and Social Care*, 1 (4), 218-228
- Schin, Y. & Rew, L. (2010). Nursing student participation in mentoring programs to promote adolescent health: Practical issues and future suggestions. *Nurse Education Today*, 30, 26- 30
- Simos, J. (s.d.). *Le périmètre de la promotion de la santé*. Groupe de recherche en environnement et santé. Université de Genève. [page WEB]. Accès : <http://reseauasteria.free.fr/Documents/PerimetrePromotion.pdf> [page consultée le 1.6.2011].
- Sjögren, A. Poskiparta, M. Liimatainen, L & Kettunen, T. (2003). Teachers' views on curriculum development in health promotion in two Finnish polytechnics. *Nurse Education Today*, 23, 112-122
- Tannahill, A. (1985). What is health promotion? *Health education journal*, 44 (4), 167-168.
- Tannahill, A. (2009). Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health* 123, 396- 399.

- Tarrant, M. and Siu-Chee Chan, S. (2002). Integrating Health Promotion into Nursing Curricula in Hong Kong. *Journal of Community Health Nursing*, 19(2), 93- 103
- Thomas, R. & Alaphilippe, D. (1993). *Les attitudes*. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Uwimana, B. (2007). *Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME). Cas du district de HUYE*. Travail de licence universitaire. Faculté d'éducation. Département de psychologie clinique. Université nationale du Rwanda.
- Walger, O. (2008). De la théorie à l'expérimentation active. *Soins infirmiers*, 1, 52-55
- Vandoorne, C. (2007). Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ? *La Santé de l'homme*, 390, 17-21
- Walthew, P. & Scott, H. (2011). Conceptions of health promotion held by pre-registration student nurses in four schools of nursing in New Zealand. *Nurse Education Today*
- Whitehead, D. (2002). The health promotional role of a pre-registration student cohort in the UK: a grounded-theory study. *Nurse Education in Practice* 2, 197- 207
- Whitehead, D. (2003). Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms: bridging the theory and practice gap between them. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 796-805
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: Advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing* 14, 20-27
- Whitehead, D. (2006). Health Promotion in the Practice Setting: Findings from a Review of Clinical Issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4), 165-184
- Whitehead, D (2007). Reviewing health promotion in nursing education. *Nurse Education Today*. 27, 225-237.
- Whitehead, D., Wang, Y., Wang, J., Zhang, J., Sun, Z. & Xie, C. (2008) Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 61(2), 181–187
- Whitehead, D. (2009). Reconciling the differences between health promotion in nursing and “general” health promotion. *International journal of Nursing Studies*, 46, 865-874
- Whitehead, D. (2011). Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis. *Health Promotion International*, 26(1), 117-127

Annexe 1

Liste des thèmes choisis dans le module

« Conceptualiser une posture de promotion de la santé en élaborant un projet de promotion et/ou prévention en santé » entre 2006 et 2011

2006 :

1. Les jeunes et le cannabis
2. Prévention des caries chez les enfants de 4 ans à 6 ans.
3. L'exposition excessive aux bruits et la santé
4. Evaluation des besoins de santé d'étudiants de la Haute école santé de Fribourg
5. Infections sexuellement transmissibles chez les jeunes hommes
6. Obésité et alimentation chez les enfants entre 10 et 12 ans
7. Le bien être au travail
8. Besoins de santé des ouvriers des chantiers routiers

2007 :

1. La consommation de tabac par narguilé
2. Travail de nuit et santé chez les boulangers
3. Alcool et football : la 3^{ème} mi-temps
4. Piercing et risques d'infection
5. Consommation d'alcool chez les ados
6. Stress des étudiants en fin de formation
7. Stress, études et finances.
8. MST – port du préservatif
9. Gestion du stress et études
10. Alimentation chez les adolescentes et image de la femme dans les médias

2008 :

1. Nuisances sonores dans les discothèques
2. Le travail sur écran
3. Activité sportive à la Heds santé de Fribourg
4. Une école sans fumée
5. le tatouage
6. le tabac à priser
7. Prévention des risques liés à l'utilisation du solarium. La beauté à quel prix ?
8. Violence verbale entre préadolescents en milieu scolaire
9. Des illusions partent en fumée (tabac à rouler)
10. Les boissons énergisantes donnent-elles « des ailes » aux adolescents de moins de 16 ans ?
11. Le mal être chez les adolescents en milieu scolaire
12. L'addiction aux jeux vidéo chez les adolescents.

2009 :

1. L'incidence du travail lucratif sur le travail scolaire chez les étudiants en soins infirmiers
2. L'alimentation chez les étudiants des écoles supérieures en lien avec la formation (emploi du temps, organisation, stress,...)
3. Alimentation dans une école enfantine (5-7ans)
4. Activité physique et études à la HEdS Fribourg
5. Binge drinking chez les adolescents et jeunes adultes entre 16 et 20 ans
6. Les risques liés à la consommation excessive de boissons énergétiques
7. La cigarette chez les jeunes à l'ESSG
8. La consommation d'alcool chez les adolescents de 16 à 20 ans
9. Impact de l'image corporelle véhiculée par les médias sur la manière de s'alimenter

2010 :

1. Horaire de 12h : santé des soignants
2. Les jambes lourdes chez le personnel soignant
3. L'impact des jeux vidéo chez les jeunes
4. L'influence du stress chez l'automobiliste
5. Vivre sa santé dans la nature (les bûcherons)
6. Les femmes face au cancer du sein
7. Enfants : comment vivre avec le soleil ?
8. Le look chez les adolescents
9. Le stress des professeurs : mythe ou réalité ?
10. Le travail de nuit chez les infirmiers/ières
11. La violence verbale chez les enfants.

2011 :

1. La consommation d'alcool en milieu festif
2. Manger sain, c'est malin ! chez les enfants d'âge scolaire.
3. Musique et santé
4. Au cœur du bien être et de la santé psychique des étudiants
5. La santé physique des soignants en établissement médico social.
6. La santé des enfants en première année primaire : « la santé c'est jouer dehors ».
7. La santé psychique des soignants des EMS
8. Les jeunes et la conduite
9. Perception de la santé chez les détenus d'un établissement pénitentiaire
10. Les préoccupations de santé physique des hommes de 45 à 65 ans.
11. La santé physique et l'ergonomie du personnel éducatif travaillant dans une crèche en lien avec l'environnement de travail.
12. Vie familiale et vie professionnelle
13. La sexualité chez les jeunes de 15 ans à 19 ans.
14. Travail lucratif et études

Annexe 2 : Descriptif des items

Composantes attitude	Items	++	+	=	-	- -
Cognitif Tendance négative	1. La promotion de santé c'est : sensibiliser, informer et responsabiliser.	Touche les croyances, expériences et connaissances. Référence à la confusion Promotion de santé VS Education à la santé. Appuyée par Beaudet et al, 2008, p5.				
Cognitif Tendance positive	2. La promotion de santé privilégie une approche centrée sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques.	Touche les connaissances. Référence à la santé VS maladie.				
Affectif Tendance négative	3. Promouvoir la santé c'est bien, prévenir la maladie c'est mieux.	Référence à la promotion de la santé VS la prévention. Pourrait être de la dimension cognitive. Choix pour l'affectif car cette affirmation génère des affects fortement en lien avec leur choix de la profession et leur motivation pour les soins infirmiers.				
Affectif Tendance positive	4. J'aime beaucoup l'approche de promotion de santé.	J'aime ou j'aime pas fait référence à l'affect. Hypothèse : cette affirmation devrait évoluer vers le + ou vers le -.				
Conatif Tendance positive	5. Il est possible de pratiquer la promotion de santé dans n'importe quel domaine de soins (chirurgie, médecine, psychiatrie, urgences, etc....)	Rôle professionnel Référence à la recension des écrits dans laquelle il est relevé la difficulté de pratiquer la PS dans tous les domaines de soins. Touche aux opportunités de pratiquer.				
Conatif Tendance négative	6. C'est avec une bonne information et de bons conseils que le professionnel favorise le changement.	Pratique professionnelle plutôt à tendance négative car cette affirmation ne favorise la PS telle décrite dans la charte d'Ottawa. Touche aux principes de la PS				
Cognitif Tendance négative	7. Promotion et prévention sont quasiment la même chose car la promotion représente les trois niveaux de prévention.	Promotion santé VS Prévention.				
Affectif Tendance négative	8. La promotion de santé est plutôt une histoire d'idéologie que de compétence.	Croyance reposant sur de l'affect plutôt que sur des connaissances car même avec les connaissances il est possible de penser que la PS est une utopie. Touche les valeurs personnelles.				
Conatif Tendance négative	9. L'élaboration d'un projet de promotion de santé n'a rien à voir avec l'élaboration d'un projet de soin.	Projet de soin : avec la démarche du recueil des données auprès du patient et identification avec lui d'objectifs de soin et d'actions réalisables. C'est la même chose avec la démarche du projet de PS proposée dans le				

		module.
Cognitif Tendance positive	10. En promotion de santé il est nécessaire de toujours prendre en considération tous les éléments apportés par la population concernée.	Connaissance du concept de PS où il est important de donner la place à la population concernée pour qu'elle devienne partie prenante de ce qui la concerne.
Cognitif Tendance négative	11. Une table ronde qui réunit plusieurs personnes autour d'une même thématique de santé permet forcément à chacun de se sentir partie prenante du projet proposé.	Fait référence à la connaissance des stratégies. Etre présent ne signifie pas être partie prenante.
Affectif Tendance positive	12. Favoriser la participation de la population concernée peut se faire en étant enthousiastes lors du questionnaire et de l'animation de la table ronde.	Touche à la motivation. Cet enthousiasme à ces deux moments est relevé dans les travaux de module des années précédentes. Présent également dans Beaudet et al, 2008, p6.
Conatif Tendance positive	13. Mener un projet de promotion de santé dans une population me permet d'être acteur/actrice stratégique dans une problématique de santé.	Rôle promoteur de santé.
Cognitif Tendance négative	14. Un projet de promotion de santé sans la population concernée est tout aussi réalisable qu'avec la population concernée.	Référence à l'ancien paradigme où la PS apparaît comme faire POUR la population et non AVEC. Référence à l'empowerment.
Affectif Tendance négative	15. C'est difficile, voir impossible, de motiver des personnes à adopter un comportement de santé.	Cette remarque apparaît dans les travaux de module des années passées. Référence à la participation
Cognitif Tendance négative	16. Le projet de promotion de santé permet de dépister les personnes ayant un problème dans la thématique choisie.	Promotion santé VS Prévention
Conatif Tendance positive	17. Identifier les besoins et les ressources pour favoriser un changement fait partie de mon rôle d'infirmier (ère).	Pratique travaillée sous cet angle durant toute la formation
Affectif Tendance positive	18. Rencontrer la population pour élaborer un projet donne une dimension plus réelle et plus humaine au projet.	Motivation Remarque apparue dans les travaux des années précédentes
Cognitif Tendance négative	19. Le projet de promotion de santé permet aux professionnels de concrétiser des actions de santé pour la population concernée.	Pour VS Avec Notion d'empowerment

Affectif Tendance positive	20. C'est gratifiant de faire de la promotion de santé.	Remarque apparue dans les travaux précédents Notion d'estime et de confiance en soi
Conatif Tendance négative	21. Le rôle de l'infirmière est de transmettre les valeurs du bien être et de l'équilibre physique et psychique.	Idée que l'infirmière sait ce qui est bien pour l'autre.
Conatif Tendance positive	22. Dans mon offre en soins je tiens compte de tous les éléments qui déterminent la santé.	Pratique infirmière dans l'offre en soins. Importance des déterminants de la santé
Cognitif Tendance négative	23. Il est primordial d'apporter des savoirs à la population concernée si nous voulons qu'il y ait changement.	Rôle d'expert qui détient les connaissances. Mis dans le cognitif car des connaissances sont apportées durant le module pour travailler cette attitude de « rendre acteur ». lors de la rencontre avec la population.
Conatif Tendance positive	24. Il est toujours possible de faire participer la personne à son offre en soins.	PS en tant que processus présent aussi dans l'offre en soins. Place du patient dans son offre en soins. Référence à l'importance de la participation dans le processus de promotion de santé charte d'Ottawa.
Conatif Tendance positive	25. Elaborer en groupe un projet concret de promotion de santé me permet de développer des compétences stratégiques dans ce domaine.	Référence au rapport de Beaudet et al, 2008 qui met en évidence l'importance de concrétiser des projets de PS pour développer ce genre de compétences.
Cognitif Tendance positive	26. Pour obtenir une participation active des personnes il est nécessaire de leur donner toutes les informations concernant le projet.	Référence au concept d'empowerment travaillé dans le module.
Conatif Tendance positive	27. Elaborer un projet de promotion de santé en groupe demande forcément transparence, coopération, synergie et circulation de l'information entre les membres du groupe.	Référence au concept d'empowerment communautaire travaillé en vue de la préparation à l'échange avec la population pour l'analyse des résultats sur leurs besoins et ressources
Cognitif Tendance positive	28. La promotion de santé se réfère en premier à la charte d'Ottawa.	Référence à la littérature
Affectif Tendance négative	29. C'est une utopie de penser qu'on puisse rendre une population cible capable d'analyser sa situation et d'y apporter des changements.	Notion de participation sur le plan de l'affect qui va influencer la motivation, l'enthousiasme de l'étudiant à la favoriser.
Affectif Tendance négative	30. Ça demande beaucoup trop d'énergie de faire participer des personnes à un projet de promotion de santé.	Cette remarque apparaît dans les travaux des années précédentes.

Conatif Tendance négative	31. Ce n'est pas tous(tes) les infirmiers (ères) qui peuvent faire de la promotion de santé.	Référence à la recension des écrits
Santé attitude Tendance positive	32. Mes activités quotidiennes sont la plupart du temps sources de plaisir et de satisfaction.	Santé attitude en lien avec la salutogenèse d'Antonovsky ((Hood et al, 1996) Sentiment d'avoir un sens et de donner un sens aux événements
Personnalité Santé attitude Tendance positive	33. J'ai la plupart du temps le sentiment de pouvoir faire des choix tant dans ma vie personnelle que professionnelle	Sentiment d'autonomie, de contrôle sur les événements de la vie.

Annexe 3 : Questionnaire

Le titre de ce module est « Conceptualiser une posture de prévention et de promotion de la santé en élaborant un projet de promotion et/ou de prévention. »

Afin de connaître votre opinion à l'égard de la promotion de la santé je vous demanderais de remplir ce questionnaire à trois reprises : avant, pendant et à la fin du module.

N'indiquez pas votre nom complet mais vos initiales de façon à y avoir un suivi dans la récolte des données.

Les réponses seront regroupées et l'anonymat des commentaires individuels sera respecté.

Initiales : _____

Age : _____

Sexe : F ☐ M ☐

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les énoncés suivants en cochant d'une X les cases qui conviennent.

	Entièrement d'accord	D'accord	Indécis(e)	Pas d'accord	Absolument pas d'accord
1. La promotion de santé c'est : sensibiliser, informer et responsabiliser. Commentaire :					
2. La promotion de santé privilégie une approche centrée sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques. Commentaire :					
3. Promouvoir la santé c'est bien, prévenir la maladie c'est mieux. Commentaire :					
4. J'aime beaucoup l'approche de promotion de santé. Commentaire :					
5. Il est possible de pratiquer la promotion de santé dans n'importe quel domaine de soins (chirurgie, médecine, psychiatrie, urgences, etc....) Commentaire :					
6. C'est avec une bonne information et de bons conseils que le professionnel favorise le changement. Commentaire :					
7. Promotion et prévention sont quasiment la même chose car la promotion représente les trois niveaux de prévention. Commentaire :					
8. La promotion de santé est plutôt une histoire d'idéologie que de compétence. Commentaire :					

9. L'élaboration d'un projet de promotion de santé n'a rien à voir avec l'élaboration d'un projet de soin. Commentaire :					
	Entièrement d'accord	D'accord	Indécis(e)	Pas d'accord	Absolument pas d'accord
10. En promotion de santé il est nécessaire de toujours prendre en considération tous les éléments apportés par la population concernée. Commentaire :					
11. Une table ronde qui réunit une population autour d'une même thématique de santé permet forcément à chacun de se sentir partie prenante du projet proposé. Commentaire :					
12. Favoriser la participation de la population concernée peut se faire en étant enthousiastes lors du recueil de données et de l'animation de la table ronde. Commentaire :					
13. Mener un projet de promotion de santé dans une population me permet d'être acteur/actrice stratégique dans une problématique de santé. Commentaire :					
14. Un projet de promotion de santé sans la population concernée est tout aussi réalisable qu'avec la population concernée. Commentaire :					
15. C'est difficile voir impossible de motiver des personnes à adopter un comportement de santé. Commentaire :					
16. Le projet de promotion de santé permet de dépister les personnes ayant un problème dans la thématique choisie. Commentaire :					
17. Identifier les besoins et les ressources pour favoriser un changement fait partie de mon rôle infirmier. Commentaire :					
18. Rencontrer la population pour élaborer un projet donne une dimension plus réelle et plus humaine au projet. Commentaire :					

19. Le projet de promotion de santé permet aux professionnels de concrétiser des actions de santé pour la population concernée. Commentaire :					
20. C'est gratifiant de faire de la promotion de santé. Commentaire :					
21. Le rôle de l'infirmière est de transmettre les valeurs du bien être et de l'équilibre physique et psychique. Commentaire :					
	Entièrement d'accord	D'accord	Indécis(e)	Pas d'accord	Absolument pas d'accord
22. Dans mon offre en soins je tiens compte de tous les éléments qui déterminent la santé. Commentaire :					
23. Il est primordial d'apporter des savoirs à la population concernée si nous voulons qu'il y ait changement. Commentaire :					
24. Il est toujours possible de faire participer la personne à son offre en soins. Commentaire :					
25. Elaborer en groupe un projet concret de promotion de santé me permet de développer des compétences stratégiques dans ce domaine. Commentaire :					
26. Pour obtenir une participation active des personnes il est nécessaire de leur donner toutes les informations concernant le projet. Commentaire :					
27. Elaborer un projet de promotion de santé en groupe demande forcément transparence, coopération, synergie et circulation de l'information entre les membres du groupe. Commentaire :					
28. La promotion de santé se réfère en premier à la charte d'Ottawa. Commentaire :					
29. C'est une utopie de penser qu'on puisse rendre une population capable d'analyser sa situation et d'y apporter des changements. Commentaire :					
30. Ça demande beaucoup trop d'énergie de faire participer des personnes à un projet de					

promotion de santé. Commentaire :					
31. Ce n'est pas tous(tes) les infirmiers (ères) qui peuvent faire de la promotion de santé. Commentaire :					
32. Mes activités quotidiennes sont la plupart de temps sources de plaisir et de satisfaction. Commentaire :					
33. J'ai la plupart du temps le sentiment de pouvoir faire des choix tant dans ma vie personnelle que professionnelle Commentaire :					

Merci beaucoup d'avoir pris la peine de remplir ce questionnaire

Annexe 4

Document envoyé à 24 experts de la pratique de la promotion de la santé pour juger de la pertinence des items.

Développer la posture de promotion de santé en élaborant un projet de prévention et/ou promotion de la santé avec la participation d'une population concernée par une thématique de santé.

Définitions :

La promotion de la santé : La *Charte d'Ottawa* définit la promotion de la santé comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

La posture du professionnel (Ladsous, 2007) est en terme d'implication, de négociation, de participation qu'elle se définit. Ainsi, la posture synonyme d'attitude contient des intentions qui vont produire ou ne pas produire une action.

L'attitude est constituée de trois composantes : une cognitive (perceptions, connaissances, ...), une affective (j'aime, j'aime pas, ...) et une conative (intentions de pratiquer ou comportement,) à l'égard de l'objet donc ici de la promotion de santé.

De plus, les travaux d'Antonovsky (Hood, Beaudet et Catlin, 1996) montrent qu'il y aurait une santé attitude qui fonctionnerait comme facteur de protection et de promotion de la santé.

Consigne :

Si vous étiez impliqué(e) en tant que professionnel (elle) dans une enquête concernant votre attitude dans le domaine de la promotion de santé, comment considériez-vous ces items ?

Merci d'indiquer le niveau de pertinence comme suit :

1= pas pertinent

2= un peu pertinent

3= pertinent

4= très pertinent

composantes		1	2	3	4
Cognitif	1. La promotion de santé c'est : sensibiliser, informer et responsabiliser.				
Cognitif	2. La promotion de santé privilégie une approche centrée sur les forces et les				

	ressources plutôt que sur les difficultés et les manques.				
Cognitif	3. Promotion et prévention sont quasiment la même chose car la promotion représente les trois niveaux de prévention.				
Cognitif	4. En promotion de santé il est nécessaire de toujours prendre en considération tous les éléments apportés par la population concernée.				
Cognitif	5. Une table ronde qui réunit plusieurs personnes autour d'une même thématique de santé permet forcément à chacun de se sentir partie prenante du projet proposé.				
Cognitif	6. Un projet de promotion de santé sans la population concernée est tout aussi réalisable qu'avec la population concernée.				
Cognitif	7. Le projet de promotion de santé permet de dépister les personnes ayant un problème dans la thématique choisie.				
Cognitif	8. Le projet de promotion de santé permet aux professionnels de concrétiser des actions de santé pour la population concernée.				
Cognitif	9. Il est primordial d'apporter des savoirs à la population concernée si nous voulons qu'il y ait changement.				
Cognitif	10. Pour obtenir une participation active des personnes il est nécessaire de leur donner toutes les informations concernant le projet.				
Cognitif	11. La promotion de santé se réfère en tout premier à la charte d'Ottawa.				
Affectif	12. Promouvoir la santé c'est bien, prévenir la maladie c'est mieux.				
Affectif	13. J'aime assez l'approche de promotion de santé.				
Affectif	14. La promotion de santé est plutôt une histoire d'idéologie que de compétence.				

Affectif	15. Favoriser la participation de la population concernée peut se faire en étant enthousiastes				
Affectif	16. Rencontrer la population pour élaborer un projet donne une dimension plus réelle et plus humaine au projet.				
Affectif	17. C'est difficile, voir impossible, de motiver des personnes à adopter un comportement de santé.				
Affectif	18. C'est gratifiant de faire de la promotion de santé.				
Affectif	19. C'est une utopie de penser qu'on puisse rendre une population cible capable d'analyser sa situation et d'y apporter des changements.				
Affectif	20. Ça demande beaucoup trop d'énergie de faire participer des personnes à un projet de promotion de santé.				
Conatif	21. Il est possible de pratiquer la promotion de santé dans n'importe quel domaine de soins (chirurgie, médecine, psychiatrie, urgences, etc....)				
Conatif	22. C'est avec une bonne information et de bons conseils que le professionnel favorise le changement.				
Conatif	23. L'élaboration d'un projet de promotion de santé n'a rien à voir avec l'élaboration d'un projet de soin.				
Conatif	24. Mener un projet de promotion de santé dans une population me permet d'être acteur/actrice stratégique dans une problématique de santé.				
Conatif	25. Identifier les besoins et les ressources pour favoriser un changement fait partie de mon rôle				
Conatif	26. Le rôle de l'infirmière est de transmettre les valeurs du bien être et de l'équilibre physique et psychique.				
Conatif	27. Dans mon offre en soins je tiens compte de tous les éléments qui déterminent la santé.				

Conatif	28. Il est toujours possible de faire participer la personne à son offre en soins.				
Conatif	29. Elaborer en groupe un projet concret de promotion de santé me permet de développer des compétences stratégiques dans ce domaine.				
Conatif	30. Elaborer un projet de promotion de santé en groupe demande forcément d'agir avec l'empowerment				
Conatif	31. Ce n'est pas tous(tes) les infirmiers (ères) qui peuvent faire de la promotion de santé.				
Santé attitude	32. Mes activités quotidiennes sont la plupart du temps sources de plaisir et de satisfaction.				
Santé attitude	33. J'ai la plupart du temps le sentiment de pouvoir faire des choix tant dans ma vie personnelle que professionnelle				

Merci d'avoir pris la peine de remplir ce questionnaire, je pourrai ainsi mesurer la pertinence de mes items.

Annexe 5

Content Validity Index d'une échelle de 31 items par 24 experts sur la promotion de la santé

Dimension cognitive	I- CVIs	Dimension affective	I- CVIs	Dimension conative	I- CVIs
La promotion de santé privilégie une approche centrée sur les forces et les ressources plutôt que sur les difficultés et les manques. (2) ☹	1	Rencontrer la population pour élaborer un projet donne une dimension plus réelle et plus humaine au projet. (18) ☹	1	Il est possible de pratiquer la promotion de santé dans n'importe quel domaine de soins (chirurgie, médecine, psychiatrie, urgences, etc....) (5) ☹	1
Promotion et prévention sont quasiment la même chose car la promotion représente les trois niveaux de prévention. (7) ☹	1	Ça demande beaucoup trop d'énergie de faire participer des personnes à un projet de promotion de santé. (30) ☹	0.92	Elaborer en groupe un projet concret de promotion de santé me permet de développer des compétences stratégiques dans ce domaine. (25) ☹	1
Le projet de promotion de santé permet aux professionnels de concrétiser des actions de santé pour la population concernée. (19) ☹	1	C'est une utopie de penser qu'on puisse rendre une population cible capable d'analyser sa situation et d'y apporter des changements. (29) ☹	0.92	Identifier les besoins et les ressources pour favoriser un changement fait partie de mon rôle d'infirmier (ère). (17) ☹	1
Une table ronde qui réunit plusieurs personnes autour d'une même thématique de santé permet forcément à chacun de se sentir partie prenante du projet proposé. (11) ☹	0.96	C'est gratifiant de faire de la promotion de santé. (20) ☹	0.87	Elaborer un projet de promotion de santé en groupe demande forcément transparence, coopération, synergie et circulation de l'information entre les membres du groupe. (27) ☹	0.96
Le projet de promotion de santé permet de dépister les personnes ayant un problème dans la thématique choisie. (16) ☹	0.96	J'aime beaucoup l'approche de promotion de santé. (4) ☹	0.87	Mener un projet de promotion de santé dans une population me permet d'être acteur/actrice stratégique dans une problématique de santé. (13) ☹	0.92
Il est primordial d'apporter des savoirs à la population concernée si nous voulons qu'il y ait changements. (23) ☹	0.96	La promotion de santé est plutôt une histoire d'idéologie que de compétence. (8) ☹	0.87	C'est avec une bonne information et de bons conseils que le professionnel favorise le changement. (6) ☹	0.92
La promotion de santé c'est : sensibiliser, informer et responsabiliser. (Item 1) ☹	0.92	Promouvoir la santé c'est bien, prévenir la maladie c'est mieux. (3) ☹	0.83	Dans mon offre en soins je tiens compte de tous les éléments qui déterminent la santé. (22) ☹	0.92
En promotion de santé il est nécessaire de toujours prendre en considération tous les éléments apportés par la population concernée. (10) ☹	0.92	Favoriser la participation de la population concernée peut se faire en étant enthousiastes lors du questionnaire et de l'animation de la table ronde. (12) ☹	0.83	L'élaboration d'un projet de promotion de santé n'a rien à voir avec l'élaboration d'un projet de soin. (9) ☹	0.87
Un projet de promotion de santé sans la population concernée est tout aussi réalisable qu'avec la population concernée. (14) ☹	0.92	C'est difficile, voir impossible, de motiver des personnes à adopter un comportement de santé. (15) ☹	0.75	Il est toujours possible de faire participer la personne à son offre en soins. (24) ☹	0.83

La promotion de santé se réfère en premier à la charte d'Ottawa.(28) ☺	0.92	S-CVI/Ave du questionnaire	0.91	Le rôle de l'infirmière est de transmettre les valeurs du bien être et de l'équilibre physique et psychique. (21) ☺	0.83
Pour obtenir une participation active des personnes il est nécessaire de leur donner toutes les informations concernant le projet.(26) ☺	0.87	S-CVI/UA du questionnaire	0.22	Ce n'est pas tous(tes) les infirmiers (ères) qui peuvent faire de la promotion de santé. (31) ☺	0.75
S-CVI/Ave Dimension cognitive	0.95	S-CVI/Ave Dimension affective	0.82	S-CVI/Ave Dimension conative	0.91
S-CVI/UA Dimension cognitive	0.27	S-CVI/UA Dimension affective	0.11	S-CVI/UA Dimension conative	0.27
santé attitude					
Mes activités quotidiennes sont la plupart du temps sources de plaisir et de satisfaction. (32)	0.75				
J'ai la plupart du temps le sentiment de pouvoir faire des choix tant dans ma vie personnelle que professionnelle. (33)	0.67				
Je n'aime pas me sentir dans une situation non familière et ne pas savoir quoi faire. (34)	0.47				

Annexes 6 : Analyse Factorielle des Correspondances (AFC), valeurs propres et inertie.

Tableau de contingences : variables (composantes cogn-affe-cona) / modalités (entièrement d'accord à absolument pas d'accord), T2.

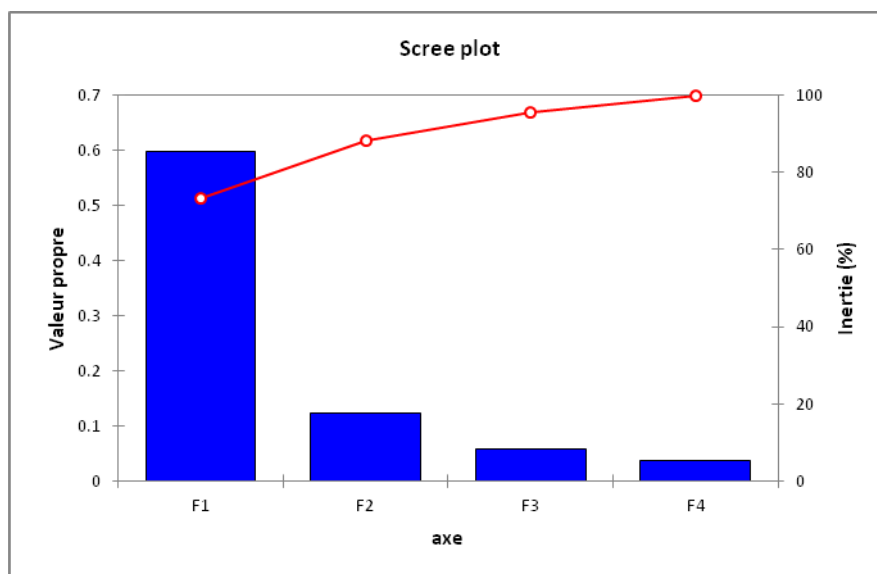
Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes :

Khi ² (Valeur observée)	1243.060
Khi ² (Valeur critique)	146.567
DDL	120
p-value	< 0.0001
alpha	0.05

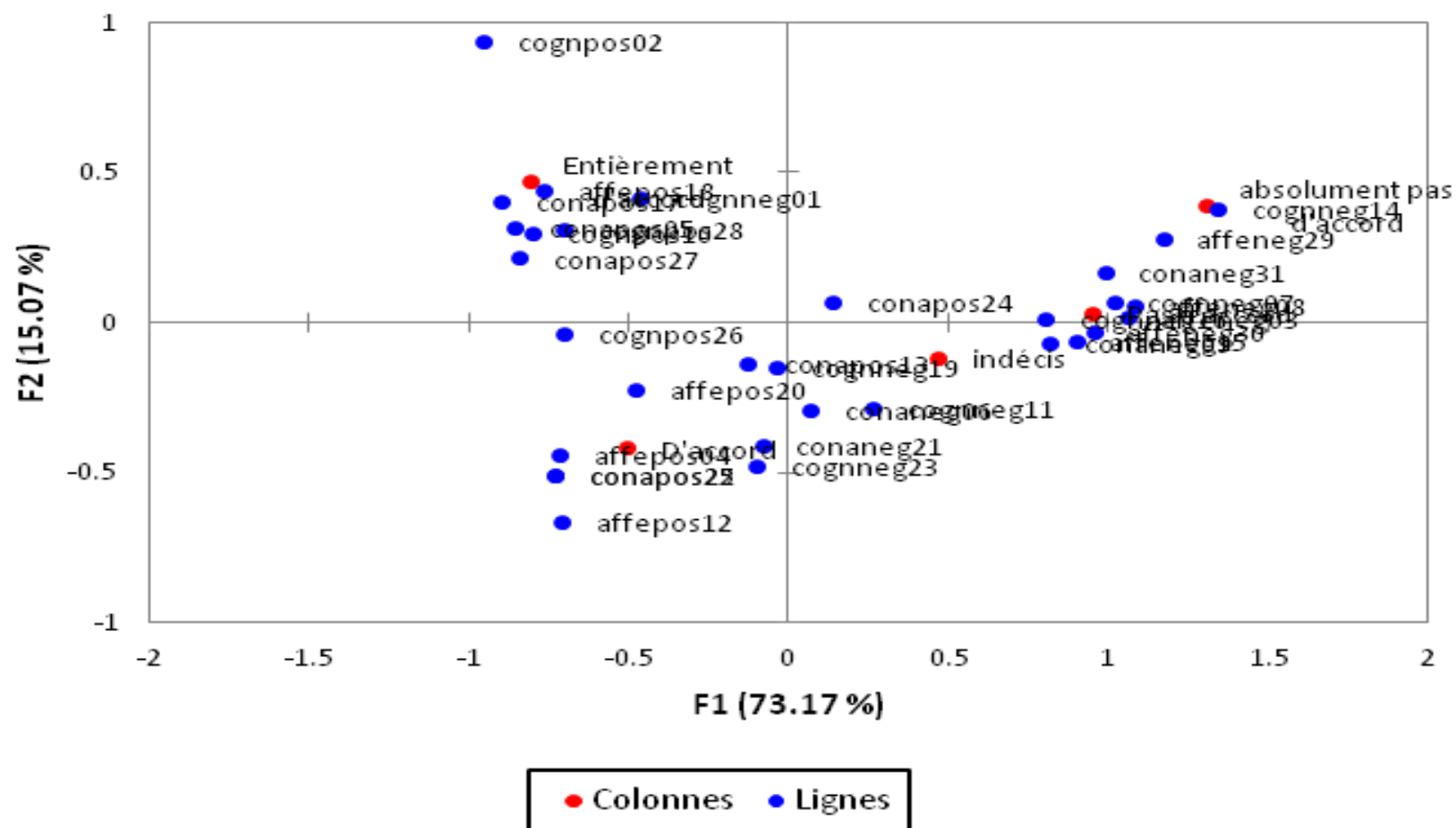
Inertie totale : 0.818

Valeurs propres et pourcentages d'inertie :

	F1	F2	F3	F4
Valeur propre	0.599	0.123	0.058	0.038
Inertie (%)	73.166	15.071	7.146	4.617
% cumulé	73.166	88.237	95.383	100.000



Graphique symétrique (axes F1 et F2 : 88.24 %)



Annexe 8

Analyse Factorielle des Correspondances (AFC), T2. : Coordonnées principales et contributions.

Contribution des items à la construction des axes résultant de leur éloignement du centre **et** de leur poids qui mesurent l'attraction sur l'axe.

Coordonnées principales (lignes) :

	F1	F2	F3	F4
cognpos02	-0.952	0.935	-0.110	0.041
cognpos10	-0.797	0.298	-0.020	-0.050
cognpos26	-0.703	-0.038	0.057	-0.029
cognpos28	-0.699	0.307	-0.113	-0.123
cognneg01	-0.462	0.413	-0.116	0.182
cognneg07	1.020	0.068	0.042	-0.230
cognneg11	0.268	-0.288	-0.132	0.426
cognneg14	1.344	0.378	0.639	0.116
cognneg16	0.807	0.007	-0.204	-0.514
cognneg19	-0.035	-0.153	-0.249	-0.013
cognneg23	-0.097	-0.481	-0.099	-0.008
affepos04	-0.711	-0.443	0.216	-0.002
affepos12	-0.704	-0.667	0.314	0.045
affepos18	-0.762	0.436	-0.136	-0.143
affepos20	-0.475	-0.226	-0.169	-0.354
affeneg03	1.066	0.013	-0.481	0.105
affeneg08	1.084	0.055	-0.144	0.353
affeneg15	0.906	-0.068	-0.215	-0.044
affeneg29	1.176	0.276	0.641	-0.337
affeneg30	0.956	-0.032	-0.113	0.224
conapos05	-0.856	0.315	0.054	0.043
conapos13	-0.123	-0.142	-0.082	0.002
conapos17	-0.898	0.401	0.071	0.089
conapos22	-0.728	-0.512	0.273	0.045
conapos24	0.138	0.066	0.074	0.260
conapos25	-0.728	-0.512	0.273	0.045
conapos27	-0.840	0.211	0.082	0.043
conaneg06	0.071	-0.295	-0.088	0.085
conaneg09	0.821	-0.068	-0.192	-0.086
conaneg21	-0.079	-0.413	-0.252	-0.235
conaneg31	0.991	0.163	0.179	0.064

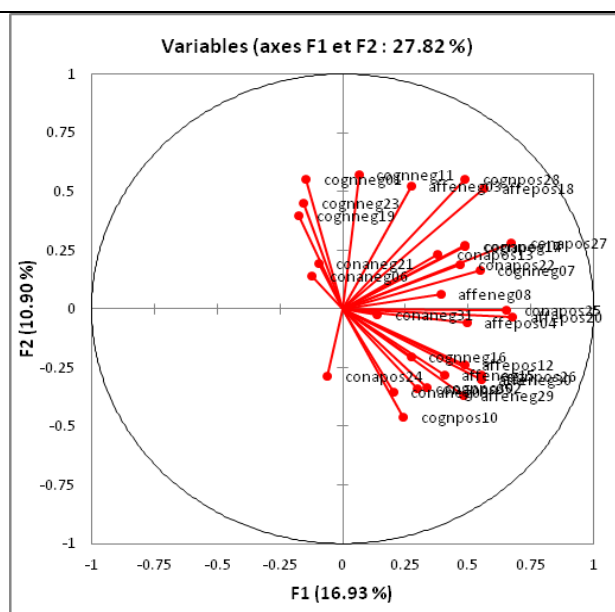
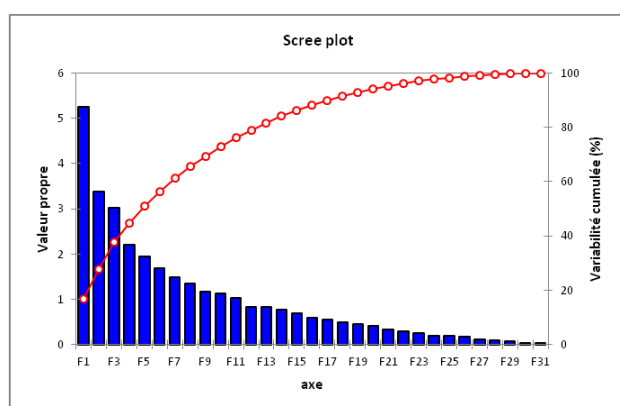
Contributions (lignes) :

	Poids (relatif)	F1	F2	F3	F4
cognpos02	0.032	0.049	0.228	0.007	0.001
cognpos10	0.032	0.034	0.023	0.000	0.002
cognpos26	0.032	0.027	0.000	0.002	0.001
cognpos28	0.032	0.026	0.025	0.007	0.013
cognneg01	0.032	0.011	0.045	0.007	0.028
cognneg07	0.032	0.056	0.001	0.001	0.045
cognneg11	0.032	0.004	0.022	0.010	0.155
cognneg14	0.032	0.097	0.037	0.225	0.012
cognneg16	0.032	0.035	0.000	0.023	0.225
cognneg19	0.032	0.000	0.006	0.034	0.000
cognneg23	0.032	0.001	0.061	0.005	0.000
affepos04	0.032	0.027	0.051	0.026	0.000
affepos12	0.032	0.027	0.116	0.055	0.002
affepos18	0.032	0.031	0.050	0.010	0.018
affepos20	0.032	0.012	0.013	0.016	0.107
affeneg03	0.032	0.061	0.000	0.128	0.009
affeneg08	0.032	0.063	0.001	0.011	0.106
affeneg15	0.032	0.044	0.001	0.026	0.002
affeneg29	0.032	0.074	0.020	0.226	0.097
affeneg30	0.032	0.049	0.000	0.007	0.043
conapos05	0.032	0.040	0.026	0.002	0.002
conapos13	0.032	0.001	0.005	0.004	0.000
conapos17	0.032	0.043	0.042	0.003	0.007
conapos22	0.032	0.029	0.069	0.041	0.002
conapos24	0.032	0.001	0.001	0.003	0.058
conapos25	0.032	0.029	0.069	0.041	0.002
conapos27	0.032	0.038	0.012	0.004	0.002
conaneg06	0.032	0.000	0.023	0.004	0.006
conaneg09	0.032	0.036	0.001	0.020	0.006
conaneg21	0.032	0.000	0.045	0.035	0.047
conaneg31	0.032	0.053	0.007	0.018	0.004

Les modalités ayant influencé le plus la construction des axes sont celles dont les contributions sont les plus élevées. On se contentera d'interpréter les résultats des modalités pour lesquelles les contributions sont supérieures aux poids relatifs affichés dans la 1^{ère} colonne

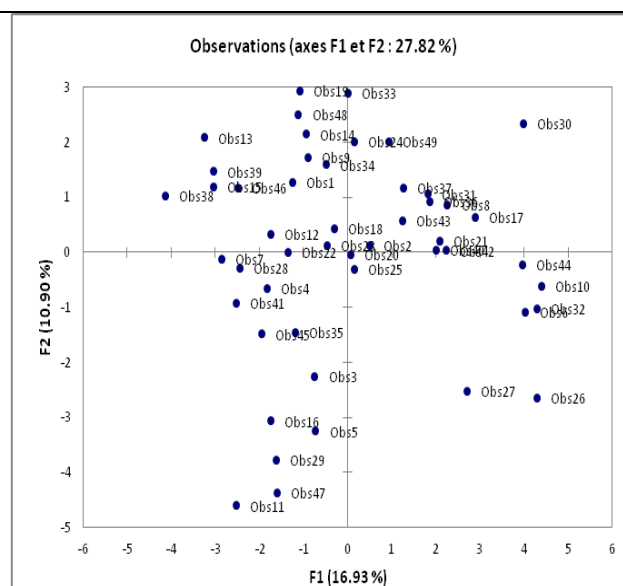
Annexe 9 : Analyse en composantes principales, 49 scores / 31 items, N=49, T2.

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
Valeur propre	5.247	3.378	3.024	2.206	1.944	1.687	1.482	1.354	1.174	1.125	
Variabilité (%)	16.925	10.897	9.756	7.115	6.270	5.443	4.781	4.367	3.788	3.630	
% cumulé	16.925	27.823	37.579	44.694	50.965	56.408	61.188	65.556	69.344	72.974	



Au vu de ce graphique, il y a plus d'items proches les uns des autres (corrélés) que d'items opposés.

Le sens donné à l'axe F1 est positif ce qui signifie que ce facteur qui résume le plus d'items pour un plus grand nombre d'étudiants repose plutôt sur une attitude positive à l'égard de la PS



Comparé au graphique des variables nous pouvons dire dans ce graphique qui positionne les étudiants par rapport à leur score, que si nous avions à choisir une personne possédant un « profil à 17% de promotion de santé » nous choisirions le sujet No30.

Tableau 1 : Test d'égalité des espérances et test d'égalité des variances, T0-T1, T1-T2, T0-T2.

Test d'égalité des espérances: observations pairées (t-student)		
<i>Score attitude</i>	<i>T0</i>	<i>T1</i>
Moyenne	107.81	115.89
Variance	49.51	57.05
Observations	47	47
Coefficient de corrélation de Pearson	0.54	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	46	
Statistique t	-7.89	
P(T<=t) unilatéral	2.11641E-10	
Valeur critique de t (unilatéral)	1.68	
P(T<=t) bilatéral	4.23282E-10	
Valeur critique de t (bilatéral)	2.01	

Test d'égalité des variances (F-Test)		
<i>Score attitude</i>	<i>T0</i>	<i>T1</i>
Moyenne	107.81	115.89
Variance	49.51	57.05
Observations	47	47
Degré de liberté	46	46
F	0.87	
P(F<=f) unilatéral	0.32	
Valeur critique pour F (unilatéral)	0.61	

Test d'égalité des espérances: observations pairées		
<i>Score attitude</i>	<i>T1</i>	<i>T2</i>
Moyenne	116.06	116.92
Variance	58.78	61.40
Observations	48.00	48.00
Coefficient de corrélation de Pearson	0.60	
Différence hypothétique des moyennes	0.00	
Degré de liberté	47.00	
Statistique t	-0.86	
P(T<=t) unilatéral	0.20	
Valeur critique de t (unilatéral)	1.68	
P(T<=t) bilatéral	0.40	
Valeur critique de t (bilatéral)	2.01	

Test d'égalité des variances (F-Test)		
<i>score attitude</i>	<i>T1</i>	<i>T2</i>
Moyenne	116.06	116.92
Variance	58.78	61.40
Observations	48	48
Degré de liberté	47	47
F	0.96	
P(F<=f) unilatéral	0.44	
Valeur critique pour F (unilatéral)	0.62	

Test d'égalité des espérances: observations pairées		
<i>score attitude</i>	<i>T0</i>	<i>T2</i>
Moyenne	107.59	116.76
Variance	50.38	61.47
Observations	46	46
Coefficient de corrélation de Pearson	0.56	
Différence hypothétique des moyennes	0	
Degré de liberté	45	
Statistique t	-8.89	
P(T<=t) unilatéral	9.20279E-12	
Valeur critique de t (unilatéral)	1.68	
P(T<=t) bilatéral	1.84056E-11	
Valeur critique de t (bilatéral)	2.01	

Test d'égalité des variances (F-Test)		
<i>score attitude</i>	<i>T0</i>	<i>T2</i>
Moyenne	107.59	116.76
Variance	50.38	61.47
Observations	46	46
Degré de liberté	45	45
F	0.82	
P(F<=f) unilatéral	0.25	
Valeur critique pour F (unilatéral)	0.61	

Tableau 2 : Description des scores des trois composantes de l'attitude à T0, T1 et T2, échantillon pairé.

18.4.2011.

Variable	N=45	Mean	(95%	cfi)	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
scorcogn	45	32.93/55	32.12	33.74	27.00	29.00	30.00	31.00	33.00	34.00	37.00	38.70	40.00
scoraffe	45	33.98/45	32.97	34.99	25.00	28.30	29.60	32.00	34.00	36.00	37.00	40.80	44.00
scorcona	45	40.80/55	39.72	41.88	34.00	35.00	35.60	38.00	41.00	43.00	46.40	48.00	48.00
scorsalu	45	7.98/10	7.60	8.36	4.00	5.30	6.60	7.50	8.00	8.00	10.00	10.00	10.00

11.5.2011

Variable	N=45	Mean	(95%	cfi)	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
scorcogn	45	39.51/55	38.37	40.65	31.00	32.30	34.00	36.50	40.00	42.00	43.00	46.50	49.00
scoraffe	45	35.76/45	34.75	36.76	28.00	29.60	31.00	34.00	35.00	38.00	40.00	42.10	45.00
scorcona	45	40.62/55	39.42	41.82	32.00	34.30	36.00	38.00	40.00	43.50	46.00	48.80	51.00
scorsalu	45	8.04/10	7.62	8.47	4.00	5.30	6.00	7.50	8.00	9.00	10.00	10.00	10.00

25.5.2011

Variable	N=45	Mean	(95%	cfi)	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
scorcogn	45	39.09/55	37.97	40.21	31.00	33.60	35.00	36.00	38.00	42.50	45.00	45.70	47.00
scoraffe	45	36.09/45	34.99	37.19	26.00	29.00	31.80	34.00	36.00	38.50	40.40	43.40	44.00
scorcona	45	41.56/55	40.52	42.60	35.00	36.30	37.00	39.00	41.00	44.50	47.00	47.70	48.00
scorsalu	45	8.49/10	8.09	8.89	4.00	6.30	7.00	8.00	8.00	10.00	10.00	10.00	10.00

Tableau 3 : comparaison des moyennes des scores des trois composantes à T0 et T2

Test d'égalité des espérances: observations pairées			
	<i>scores totaux</i>	<i>cognitif T0</i>	<i>cognitif T2</i>
Moyenne		32.957	39.196
Variance		7.154	12.561
Observations		46	46
Coefficient de corrélation de Pearson		0.23	
Différence hypothétique des moyennes		0	
Degré de liberté		45	
Statistique t		-10.804	
P(T<=t) unilatéral		2.18495E-14	
Valeur critique de t (unilatéral)		1.679	
P(T<=t) bilatéral		4.36989E-14	
Valeur critique de t (bilatéral)		2.014	

Test d'égalité des espérances: observations pairées			
	<i>scores totaux</i>	<i>affectif T0</i>	<i>affectif T2</i>
Moyenne		33.913	36.022
Variance		11.281	13.266
Observations		46	46
Coefficient de corrélation de Pearson		0.53	
Différence hypothétique des moyennes		0	
Degré de liberté		45	
Statistique t		-4.205	
P(T<=t) unilatéral		6.11883E-05	
Valeur critique de t (unilatéral)		1.679	
P(T<=t) bilatéral		0.0001	
Valeur critique de t (bilatéral)		2.014	

Test d'égalité des espérances: observations pairées			
		<i>conatif T0</i>	<i>conatif T2</i>
Moyenne		40.717	41.543
Variance		13.052	11.720
Observations		46	46
Coefficient de corrélation de Pearson		0.55	
Différence hypothétique des moyennes		0	
Degré de liberté		45	
Statistique t		-1.683	
P(T<=t) unilatéral		0.05	
Valeur critique de t (unilatéral)		1.679	
P(T<=t) bilatéral		0.099	
Valeur critique de t (bilatéral)		2.014	

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE

1. Contexte	
1.1. Le module d'enseignement concerné	1
1.2. Le Bachelor en Soins infirmiers	2
1.3. La promotion de la santé dans le référentiel de compétences	4
1.4. Un projet de promotion de santé avec la participation d'une population	5
1.4.1. Trois mois avant le début du module	5
1.4.2. La démarche qui conduit les projets	6
1.5. But de ce travail	6
2. Problématique	7
2.1. La promotion de la santé	7
2.1.1. Un concept multi défini, parfois pas défini	7
2.1.2. Un axe idéologique	9
2.1.2.1. La charte d'Ottawa	9
2.1.2.2. Les principes et valeurs de la promotion de la santé	10
2.1.2.3. Les principes guidant le dispositif pédagogique	12
A. Orientation vers la santé et ses déterminants	12
B. L'empowerment	13
C. La participation	14
2.1.3. Un axe pragmatique	15
2.1.4. La théorie de la promotion de la santé	17
2.1.4.1. Les données probantes	17
2.1.4.2. Les modèles dans la promotion de la santé	18
2.1.5. Résumé	21
2.2. Recension des écrits	22
2.2.1. Intégration de la PS dans la pratique des soins infirmiers	23
2.2.1.1. Les lieux d'application	24
2.2.1.2. Obstacles à la pratique de la promotion de santé dans les soins	25
2.2.2. Intégration de la PS dans la formation de base des soins infirmiers	26
2.2.2.1. Dans les curricula	27
2.2.2.2. Développement de savoirs faire au contact des populations	28
2.2.2.3. Des moyens et outils pédagogiques permettant l'intégration	29
2.2.3. Synthèse de la recension des écrits	31
2.3. Intégration actuelle de la PS dans le programme Bachelor à la Heds santé de Fribourg	32
2.4. La posture de promotion de santé : variable dépendante	33
2.4.1. L'attitude	34
2.4.2. Rôle de l'attitude	35
2.4.3. Les trois composantes de l'attitude	36
2.4.4. A propos des attitudes	38
2.5. Le scénario pédagogique : variable indépendante	40
2.5.1. La tâche des étudiants : Elaborer, chaque groupe, un projet de PS	40
2.5.1.1. Les étudiants choisissent	40
2.5.1.2. Les étudiants ne choisissent pas	41

2.5.2. Le dispositif pédagogique	42
2.5.2.1. Le but du dispositif pédagogique	42
2.5.2.2. Le conflit socio cognitif	42
2.5.2.3. L'activité de l'étudiant donne sens à la situation d'apprentissage	43
2.5.2.4. Le rôle des professeurs	43
2.5.2.5. La métacognition	44
2.5.3. Mise au point	45
2.6. Question de recherche	46
2.7. Cadre conceptuel	47
 METHODOLOGIE	
1. Terrain de recherche et population d'étude	48
 2. Collecte de données	48
2.1. La méthode du questionnaire dans le domaine des attitudes	48
2.2. Elaboration des items	49
2.3. Administration du questionnaire	51
2.4. Construction du questionnaire	51
 3. Validation du questionnaire	52
3.1. La fiabilité	53
3.2. La validité	53
3.2.1. La validité contre critère	53
3.2.2. La validité d'apparence	54
3.2.3. La validité de contenu	54
3.2.3.1. La validité des items	55
3.2.3.2. La validité de l'échelle	56
3.2.4. La validité de structure	57
3.3. La sensibilité au changement	58
 4. Instrument d'analyse et traitement des données	58
 RESULTATS ET ANALYSE	
1. Score total de l'attitude à l'égard de la promotion de la santé	58
1.1. Description et hypothèses pour la comparaison des observations	58
1.1.1. Normalité de la distribution des valeurs aux trois temps	60
1.1.2. Homogénéité des variances entre T0, T1 et T2	61
1.2. Comparaison des observations	62
1.2.1. Comparaison aux temps T0 et T1	62
1.2.2. Comparaison aux temps T1 et T2	62
1.2.3. Comparaison aux temps T0 et T2	62
1.2.4. Corrélation entre T0 et T2	62
 2. Le score total de chaque composante cognitive, affective et conative	63
2.1. Description des observations aux trois temps	63
2.1.1. Au temps 0	63
2.1.2. Au temps 1 par rapport au temps 0	64

2.1.3. Au temps 2 par rapport au temps 1	65
2.1.4. Résumé	65
2.2. Comparaison des moyennes	66
2.2.1. Entre les temps T0 et T2	67
2.2.2. Les facteurs prédictifs	68
2.2.2.1. Variable indépendante : le scénario pédagogique	68
2.2.2.2. Variable indépendante : la variable cognitive de T0	70
2.2.2.3. Variable indépendante : la variable affective de T0	70
2.2.2.4. Variable indépendante : la variable conative de T0	71
2.2.2.5. Résumé	72
3. Le score aux items	73
3.1. Entre le temps 0 et le temps 2	73
3.1.1. Composante cognitive	73
3.1.2. Composante affective	74
3.1.3. Composante conative	75
3.2. Etat de la situation au temps 2	77
3.2.1. Analyse factorielle des correspondances (AFC)	78
DISCUSSION	
1. Résultats en regard des éléments théoriques	81
1.1. Résultats du score total de l'attitude	82
1.2. Résultats dans les trois composantes	82
1.2.1. La variable cognitive comme variable prédictive	83
1.2.2. La variable affective comme variable prédictive	84
1.2.3. La variable conative comme variable prédictive	84
1.2.4. Le scénario pédagogique comme variable prédictive	84
1.3. Les scores dans les items	86
2. Réponse à la question de recherche	88
3. Limites	89
3.1. L'échantillonnage	89
3.2. Les limites statistiques	89
3.3. Validité de construit	90
3.4. Validité interne	91
3.5. Validité externe	91
3.6. Limites du résultat	91
CONCLUSION	92
Recommandations	93
Challenge 2012	95
BIBLIOGRAPHIE	96

Annexes

1 : Liste des thèmes choisis dans le module « développer une posture de promotion de santé en élaborant un projet de promotion de santé » entre 2006 et 2011	102
2 : Descriptif des items	104
3 : Questionnaire	108
4 : Document envoyé aux 24 experts de la pratique de promotion de santé pour juger de la pertinence des items	112
5 : Content Validity	116
6 : AFC, T2, 31 items/ 5 modalités, valeurs propres et inertie	118
7 : Nuage de points AFC, T2, F1-F2	119
8 : AFC, T2, coordonnées principales et contributions	120
9 : Analyse en composantes principales, T2, 49 scores/31 items	122
Table des illustrations	
1 : Tests d'égalité des espérances : observations paires et tests d'égalité des variances	123
2 : Description des scores des trois composantes de l'attitude à T0, T1 et T2	125
3 : Comparaison des moyennes des scores des trois composantes à T0 et T2	126