

ÉTAT DES CONNAISSANCES EN SANTÉ CHEZ DES ÉTUDIANTS DU COLLÉGIAL

Copie de conservation et de diffusion, disponible en format électronique sur le serveur WEB du CDC :
URL = <http://www.cdc.qc.ca/parea/708609-simoneau-connaissances-sante-etudiants-sherbrooke-PAREA-1995.pdf>
Rapport PAREA, Collège de Sherbrooke, 1995.
note de numérisation: les pages blanches ont été retirées.

*** SVP partager l'URL du document plutôt que de transmettre le PDF ***



Ivan L. Simoneau

708609

Ex. 2



Collège de Sherbrooke

Service de la recherche
et du développement

Centre de documentation collégiale
1111, rue Lapierre
Lasalle (Québec)
H8N 2J4

**ÉTAT DES CONNAISSANCES EN SANTÉ
CHEZ DES ÉTUDIANTS DU COLLÉGIAL**

Ivan L. Simoneau inf., M.Sc.
Juin 1995

Collège de Sherbrooke



3000007086105

ALPHABETICALLY BY AUTHOR 90-1980
1995

7K5947

708609 EX.2

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 1995

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-920916-35-1

Cette recherche a été subventionnée par le ministère de l'Éducation dans le cadre du Programme d'aide à la recherche sur l'enseignement et l'apprentissage.

Le contenu du présent rapport n'engage que la responsabilité du collègue et de l'auteur.

Afin d'alléger le texte, le genre masculin est utilisé dans ce rapport pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

On peut obtenir des exemplaires de ce rapport en s'adressant à :

Ivan L. Simoneau inf., M.Sc.
Département de Soins infirmiers
Collège de Sherbrooke
475, rue Parc
Sherbrooke (Québec)
J1H 5M7

Téléphone : (819) 566-6173

Télécopieur : (819) 564-4025

REMERCIEMENTS

Un projet de recherche portant sur un aussi grand nombre de sujets n'aurait pu se réaliser sans la collaboration de nombreuses personnes. L'auteur du rapport tient donc à remercier tous ceux et celles qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce projet. Il voudrait souligner, d'une façon particulière, l'aide précieuse apportée par les personnes suivantes :

Solange DUCHARME, conseillère pédagogique au Collège de Sherbrooke, dont les conseils ont toujours été des plus constructifs;

Jacques TARDIF, de l'Université de Sherbrooke, ainsi que les professeurs-chercheurs **Jimmie O. PRICE**, **Wayne C. HIGGINS** et **Thomas NICHOLSON**, du Western Kentucky University, pour l'aide apportée dans le cadre de l'élaboration de ce projet;

Gilles BRIANT du Cégep de Rimouski, **Pierre BÉDARD** du Collège de Sherbrooke et **Claude PAUL** du Cégep Édouard-Montpetit, pour leur contribution en tant qu'agents de liaison dans les collèges visés par cette recherche;

Les enseignants du Collège de Sherbrooke suivants : **Suzanne CROTEAU** et **Gilles LAMONTAGNE**, du département de Soins infirmiers; **Louise BENOIT**, **Sylvie LAPIERRE**, **Richard HINCE** et **Pierre TESSIER**, du département d'éducation physique; **Anne ROUSSEAU**, du département de Technologie de laboratoire médical; **Sylvain FORTIN**, du département des Techniques d'inhalothérapie et d'anesthésie; ainsi que **Daniel FORTIN**, du département des Techniques de réadaptation physique, pour leur contribution directe à certains aspects de la recherche. Merci à **Marie-France BÉLANGER** du Service de la recherche et du développement du Collège de Sherbrooke, ton aide a toujours été des plus appréciées.

Remerciements à la **FONDATION COLLÈGE DE SHERBROOKE INC.** pour le support offert dans l'étape préliminaire de cette recherche.

Enfin, un gros merci à toi **ANNE** pour le soutien que tu m'as accordé tout au long de ce projet.

RÉSUMÉ

Cette recherche porte sur l'état des connaissances en santé chez des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre d'enseignement collégial.

Cinq cent quarante étudiants (N = 540) provenant de trois collèges du réseau des cégeps du Québec ont rempli un questionnaire d'origine américaine traduit et validé en langue anglaise, l'*Évaluation des Connaissances en Santé* (ÉCS). Les résultats suggèrent que ces étudiants sont mal informés au regard de la santé. Le taux de réussite en pourcentage pour les onze catégories de santé varie de 44,5 % pour les maladies chroniques à 69,4 % pour la nutrition. Les résultats de cette étude mettent aussi en évidence un faible taux de réussite aux items traitant de la santé mentale (50,6 %), des MTS et des maladies contagieuses (52,0 %) et de la sexualité (52,9 %).

Le niveau de connaissances en santé des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial a été comparé avec celui de 100 étudiants diplômés du domaine de la santé et professionnels des milieux de l'éducation et de la santé. Les résultats suggèrent que les connaissances en santé, telles que mesurées au moyen de l'ÉCS, augmentent avec le niveau d'expertise, les professionnels de la santé obtenant des scores nettement supérieurs à ceux des étudiants.

Enfin, cette recherche présente un modèle pédagogique pour l'enseignement des notions en santé à l'ordre collégial. Les analyses préliminaires du modèle *Core Concepts in Health* d'Insel et Roth (1990) suggèrent que ce modèle s'avère intéressant et qu'il mérite d'être considéré lorsque vient le temps d'élaborer et de développer des interventions éducatives qui concernent la dimension santé.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Remerciements	i
Résumé	iii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I - La problématique	9
1.1 Les jeunes et la santé	11
1.1.1 La santé des jeunes : l'enquête santé 1982-1983 menée par la Fédération des Cégeps du Québec	12
1.1.2 La santé des jeunes : les besoins de santé biopsychosociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu	13
1.1.3 La santé des jeunes : en conclusion partielle	14
1.2 Les concepts de promotion de la santé, de prévention de la maladie et d'éducation pour la santé	15
1.2.1 La promotion de la santé et la prévention de la maladie	15
1.2.2 L'éducation pour la santé	16
1.2.3 Les orientations sociales en matière d'éducation pour la santé	17
1.2.4 L'éducation pour la santé : en conclusion partielle	18
1.3 L'éducation pour la santé à l'ordre d'enseignement collégial	19
1.3.1 Vers une éducation pour la santé au collégial	19
1.3.2 La réforme au collégial : la mission explicite de la discipline de l'éducation physique à l'égard de l'éducation physique	21

CHAPITRE II - L'état de la question, la question de recherche et les objectifs de recherche	25
2.1 Recension des écrits	27
2.1.1 L'étude de Price, Higgins et Nicholson (1991)	27
2.1.2 L'étude de Gaines (1984)	30
2.1.3 L'étude de Weiler, Slipevich et Sarvala (1994)	31
2.1.4 L'étude de Simoneau et Tardif (1994)	33
2.2 Question et objectifs de recherche	36
CHAPITRE III - La méthodologie	39
3.1 Le protocole de recherche	41
3.1.1 Type de recherche	41
3.1.2 Variables de la recherche	41
A. Variables étudiées	41
B. Variables contrôlées	42
3.2 Les sujets	42
3.2.1 Échantillon des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre d'enseignement collégial	42
3.2.2 Échantillon des étudiants diplômés du domaine de la santé et des professionnels des milieux de l'éducation et de la santé	43
3.3 L'instrument de mesure	44
3.3.1. Caractéristiques métrologiques de l'ÉCS	45
3.4 Le déroulement de la recherche	46
3.4.1 Administration du questionnaire aux étudiants de collège	46
3.4.2 Administration du questionnaire aux sujets des cohortes	47
3.5 Les traitements statistiques	47

CHAPITRE IV - Les résultats : analyse et interprétation	49
4.1 Les étudiants du collégial	51
4.1.1 Les connaissances en santé	51
4.1.2 Les pourcentages pour les catégories de santé	53
4.2 Les étudiants du collégial : analyse et interprétation des résultats	55
4.2.1 Les connaissances en santé	55
4.2.2 Les pourcentages pour les catégories de santé	56
4.3 Les étudiants diplômés du domaine de la santé et les professionnels des milieux de l'éducation et de la santé : présentation des résultats	66
4.3.1 Les connaissances en santé	66
4.3.2 Les pourcentages pour les catégories de santé	69
4.4 Les étudiants diplômés du domaine de la santé et les professionnels des milieux de l'éducation et de la santé : analyse et interprétation des résultats	70
4.4.1 Les connaissances en santé	70
4.4.2 Les pourcentage pour les catégories de santé	71
4.5 Comparaison des scores pour l'ÉCS entre les sujets de l'échantillon des étudiants du collégial et ceux de l'échantillon des étudiants diplômés du domaine de la santé et des professionnels des milieux de l'éducation et de la santé	73
CHAPITRE V - Le modèle pédagogique d'Insel et Roth	77
5.1 Un modèle pédagogique pour l'enseignement des notions en santé à l'ordre collégial	79
5.1.1 Le modèle pédagogique : application à l'éducation pour la santé au collégial	80

5.2 Les objectifs d'apprentissage	81
5.2.1 Présenter à l'étudiant des informations au regard des problèmes prioritaires de santé	82
5.2.2 Développer des compétences permettant la gestion de la santé	83
5.2.3 Impliquer les étudiants dans le processus de prise en charge de leur santé	83
5.2.4 Les objectifs d'apprentissage : application à l'éducation pour la santé	84
5.3 Des stratégies pédagogiques visant à optimiser le développement des compétences de gestion de la santé	85
5.3.1 Les capsules d'information	86
5.3.2 Les tactiques et les trucs	87
5.3.3 Les statistiques pertinentes	87
5.3.4 L'arrimage	88
5.3.5 Les perceptions et les émotions	88
5.3.6 L'action concrète	89
5.3.7 Les stratégies de changement de comportement	89
5.3.8 Les stratégies pédagogiques : application à l'éducation pour la santé au collégial	90
5.4 Conclusion sur l'applicabilité complète du modèle d'Insel et Roth	91
CONCLUSION	93
RÉFÉRENCES	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Pourcentage de bonnes réponses par catégorie de santé (Price, Higgins et Nicholson, 1991)	29
Tableau 2.	Caractéristiques des sujets des cinq cohortes	44
Tableau 3.	Étudiants du collégial : les moyennes et les écarts types en réponse à l'ÉCS pour les sujets des trois collèges	53
Tableau 4.	Étudiants du collégial : les moyennes et les écarts types en réponse à l'ÉCS pour les femmes et les hommes	53
Tableau 5.	Étudiants du collégial : pourcentages de bonnes réponse pour chacune des catégories de santé	54
Tableau 6.	Sujets des cohortes : les moyennes et les écarts types en réponse à l'ÉCS	68
Tableau 7.	Sujets des cohortes : test de comparaisons multiples PLSD de Fisher pour les moyennes en réponse à l'ÉCS	68
Tableau 8.	Sujets des cohortes : les moyennes et les écarts types en réponse à l'ÉCS pour les femmes et les hommes	69
Tableau 9.	Sujets des cohortes : pourcentages de bonnes réponses pour chacune des catégories de santé	70
Tableau 10.	Scores pour l'ÉCS chez des sujets de différents groupes	72
Tableau 11.	Pourcentages pour les catégories de santé chez des sujets de différents groupes	73
Tableau 12.	Comparaison des moyennes pour l'ÉCS entre les sujets des deux échantillons	74

LISTE DES FIGURES

<i>figure 1.</i>	Distribution des sujets par collège	43
<i>figure 2.</i>	Distribution des scores en réponse à l'ÉCS pour les étudiants du collégial	52
<i>figure 3.</i>	Distribution des scores en réponse à l'ÉCS pour les sujets des cinq cohortes	67

figure 4. Core Concepts in Health : les objectifs visés par Insel et Roth 82

figure 5. Stratégies pédagogiques pour les enseignements en éducation pour la santé 86

INTRODUCTION

La plupart des étudiants à l'ordre d'enseignement collégial considèrent qu'ils jouissent d'un bon état de santé. En conséquence, ils ont tendance à le tenir pour acquis et à n'y accorder que peu d'attention. Le rapport provisoire de l'enquête *Santé Québec 1992-1993* souligne que près de neuf Québécois sur dix (89 %) évaluent de façon positive leur santé ¹ et que plus on est jeune, plus on estime être en bonne santé (Bellerose, Lavallée et Camirand, 1994). La plus forte proportion d'individus s'estimant en «excellente» santé se retrouve chez la population des jeunes de 15 à 24 ans (22,9 %). De toute évidence, ces statistiques peuvent s'inférer directement à la population des étudiants des cégeps.

Par ailleurs, dans un rapport traitant de la santé chez des cégépiens, Clouâtre (1987) souligne que les exigences imposées par la vie scolaire à cet ordre d'enseignement concourent à ce que la santé soit une priorité trop souvent négligée par les étudiants. C'est effectivement lors de leur passage de l'ordre d'enseignement secondaire à celui de l'enseignement collégial que les jeunes quittent le foyer familial et qu'ils sont appelés à devenir plus autonomes face aux différents choix qui concernent leur propre vie. Parmi ces choix, on retrouve notamment ceux qui ont trait à leur santé en général. Entre autres, c'est à ce moment de la vie qu'ils sont appelés à organiser leur propre panier alimentaire, à se développer un réseau social qui répond à leurs propres valeurs et croyances, à entretenir des rapports intimes signifiants avec des personnes du même sexe et du sexe opposé et, enfin, à gérer le temps accordé aux études, aux loisirs et aux sorties. Les étudiants sont donc appelés à vivre de

¹ Les Québécois sont de bons juges de leur état de santé; il existe en effet une concordance entre leur perception de la santé, une mesure subjective, et, l'*indice de santé globale*, une mesure plus objective de leur état de santé. Les gens qui s'évaluent en bonne santé semblent effectivement en meilleure santé que la moyenne des gens (voir à ce sujet : Émond, Guyon, Camirand, Chenard, Pineault et Robitaille, 1988, p.155).

L'*indice de santé globale* utilisé dans le cadre de l'enquête Santé Québec 1992-1993 est l'adaptation d'un indice développé par le *Human Population Laboratory* du Département de santé publique de l'État de la Californie. La santé y est vue d'une façon globale et elle varie sur un continuum allant d'un état minimal à un état optimal. Cette mesure permet de quantifier la dimension de la santé, de calculer des moyennes, de standardiser les résultats et d'effectuer des comparaisons à l'aide de statistiques inférentielles (Émond *et al.*, 1988).

nouvelles expériences de vie et celles-ci se présentent à eux à un rythme relativement accéléré; ils doivent faire appel à leurs compétences personnelles en matière de gestion de santé afin de faire face à ces expériences. Qu'est-ce qui affecte plus particulièrement cette clientèle? Certaines réponses à cette question se retrouvent dans les statistiques épidémiologiques, par exemple au sujet des accidents de la route, de l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool, de la santé mentale et des maladies transmissibles sexuellement. Ces statistiques traitent plus particulièrement d'incidence des problèmes prioritaires de santé, de surveillance épidémiologique et de certains aspects de morbidité et de mortalité.

Des indices laissent croire que parallèlement aux révélations qu'apportent les différentes statistiques épidémiologiques relatives à cette population, une autre réalité existe : a) les jeunes ne se sentent pas bien dans leur peau (Côté, Ross, Pronovost et Boyer, 1992; Noël, Roberge et Boulet, 1989), b) ils ne consultent pas lorsqu'ils éprouvent des difficultés affectant leur santé (Clouâtre, 1989) et, enfin, c) ils connaissent mal les phénomènes biopsychosociaux liés à la période du jeune adulte (Poisson, 1992) ainsi que les éléments qui concernent la santé en général (Price, Higgins et Nicholson, 1991; Weiler, Sliepcevich et Sarvala, 1994). Les rapports d'enquête sur la santé n'offrent toutefois pas l'éclairage suffisant pour permettre d'apprécier le niveau des connaissances en santé chez ces jeunes.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié, en 1992, la *Politique de la Santé et du Bien-Être* et il y est clairement souligné que le système de la santé doit agir avec d'autres secteurs d'activités dans le but de réaliser des gains additionnels en matière de santé et de bien-être. Le milieu scolaire est certes un canal de choix pour véhiculer les connaissances et les valeurs relatives à la santé. D'ailleurs, dans sa réforme à l'ordre d'enseignement collégial, le MÉQ a tenu compte des orientations sociales en matière de santé en conférant une mission explicite à la discipline de l'éducation physique en ce qui a trait à l'éducation pour la santé. Cependant, beaucoup d'indices laissent croire qu'au collégial, les notions pour la santé sont dispensées sans identifier la nature des connaissances que possèdent déjà les étudiants.

La conception cognitive de l'apprentissage souligne que les connaissances sont cumulatives et que l'apprentissage est fondamentalement l'acquisition et l'intégration de nouvelles connaissances dans le but de les réutiliser de façon fonctionnelle. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de déterminer et de considérer les connaissances antérieures (Ausubel, 1968; Jones, Palincsar, Ogle et Carr, 1987; Rumelhart, 1989; Tardif, 1992) des étudiants quand vient le temps d'élaborer des interventions éducatives. Cette règle s'appliquerait d'emblée à toutes les tentatives qui visent à élaborer et à développer des interventions en éducation pour la santé. En conséquence, selon une telle perspective, le fait de dresser un profil des connaissances en santé chez les étudiants apparaît comme une stratégie pertinente visant à appuyer les interventions éducatives dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Il n'existe aucun profil des connaissances en santé des étudiants permettant d'appuyer les interventions éducatives en santé. Quelles sont les connaissances en santé que possèdent les étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial? Ces connaissances sont-elles suffisamment élaborées pour leur permettre d'identifier et de résoudre efficacement des problèmes qui concernent leur propre santé? Quelles sont les orientations à privilégier lors des interventions éducatives en matière de santé chez ces étudiants? Toutes ces questions demeurent actuellement sans réponse, et elles le resteront si la nature des connaissances en santé des étudiants n'est pas mesurée, évaluée et analysée. C'est cette contribution que tentera d'apporter cette recherche en élaborant un profil des connaissances en santé chez les étudiants à l'ordre d'enseignement collégial.

Le compte rendu de la recherche effectuée se présente sous la forme suivante : le premier chapitre expose la problématique qui a suscité cette recherche. Le deuxième chapitre présente l'état de la question sur les connaissances en santé chez des étudiants du collégial; ce chapitre se termine par la formulation de la question et des objectifs de la recherche. Le troisième chapitre décrit la méthodologie de la recherche et, enfin, le quatrième chapitre présente la description et l'interprétation des résultats. Un cinquième chapitre propose un modèle pédagogique pour l'enseignement des notions en santé.

Enfin, ce rapport se termine avec une présentation des principales conclusions et la proposition d'une avenue de recherche qui prend en compte l'ensemble de la problématique liée à l'éducation pour la santé à l'ordre collégial.

CHAPITRE I
La problématique

Ce chapitre sur la problématique se divise en trois sections : la première décrit la réalité vécue par les jeunes au regard de leur santé; la deuxième présente les concepts de promotion de la santé, de prévention de la maladie et d'éducation pour la santé ainsi que les orientations sociales en matière de santé et, enfin, la troisième section discute de l'importance accordée à l'éducation pour la santé à l'ordre collégial ainsi que de la mission explicite de la discipline de l'éducation physique à l'égard de l'éducation pour la santé.

1.1 LES JEUNES ET LA SANTÉ

Des informations relatives aux problèmes prioritaires de santé chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans sont actuellement disponibles dans les bases de données de l'enquête *Santé Québec 1987*, de l'enquête *Santé Canada 1978-1979* et, plus récemment, de l'enquête *Santé Québec 1992-1993*. Bien que ces informations puissent être utiles à certains égards pour orienter des enseignements en santé personnelle à l'ordre d'enseignement collégial, elles sont d'emblée destinées à guider les intentions dans le domaine de la santé publique pour les planificateurs ministériels, pour les politiciens, et, enfin, pour les responsables de santé publique régionaux et sous-régionaux (Émond, Guyon, Camirand, Chenard, Pineault et Robitaille, 1988). Ces enquêtes se penchent surtout sur des aspects du taux de morbidité et de mortalité et les informations proviennent d'échantillons très larges de jeunes québécois et canadiens; elles ne précisent pas les caractéristiques des étudiants, notamment de ceux qui sont au collégial.

Dans le but d'exposer les problèmes liés à la santé que vivent les étudiants à l'ordre d'enseignement collégial, nous utiliserons plutôt les grandes lignes de l'enquête santé 1982-1983 menée par la Fédération des cégeps du Québec ainsi que celles de l'enquête sur les besoins de santé biopsychosociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu menée par Clouâtre en 1987. Ces informations permettront de tracer de façon partielle la problématique de la santé chez les jeunes cégépiens.

1.1.1 La santé des jeunes : l'enquête santé 1982-1983 menée par la Fédération des cégeps du Québec

La *Fédération des cégeps du Québec* (FCQ) (1983) a publié les résultats d'une enquête traitant des besoins de santé des étudiants du collégial. Cette enquête se caractérise par le fait qu'elle ne s'est pas intéressée aux problèmes prioritaires de santé identifiés dans les statistiques officielles, mais plutôt aux aspects ayant un rapport avec la qualité de vie dans le quotidien de l'étudiant. Lorsqu'on examine plus particulièrement les habitudes de vie, cette enquête a révélé que vingt-cinq pour cent (25 %) des étudiants sont des fumeurs réguliers et que dix pour cent (10 %) de ceux-ci consomment quotidiennement de l'alcool. En ce qui concerne les consommateurs réguliers d'alcool, plus de seize pour cent (16 %) ont affirmé que cette consommation leur causait des problèmes. Notons que quatre pour cent (4 %) des étudiants ont souligné qu'ils consommaient de la drogue et ils ont rapporté que cette consommation était aussi problématique pour eux.

Selon les résultats de l'enquête, la majorité des cégépiens se soucient de leur alimentation; toutefois, ils rapportent que leurs repas ne sont pas équilibrés et que les heures pour les prendre sont le plus souvent irrégulières. Plus de trente pour cent (30 %) des jeunes ont souligné qu'ils ne prenaient pas un petit déjeuner avant de se rendre au cégep. Il ressort de l'enquête que plus d'un étudiant sur trois reconnaît ne pas être en bonne condition physique et dit être essoufflé à la suite d'un effort comme la montée d'un escalier. Enfin, question de vitalité et de bien-être, soixante-cinq pour cent (65 %) des étudiants se disent souvent fatigués.

L'enquête santé 1982-1983 de la FCQ a été révélatrice en ce qui concerne les attentes et les besoins en éducation pour la santé chez les cégépiens. Les étudiants ont manifesté le désir d'avoir accès à des informations sur des domaines de santé variés comme la relaxation, les drogues et l'alcool, la sexualité et les premiers soins. Il faudrait souligner que c'est sur le plan de la sexualité que l'intérêt était le moins grand. Mentionnons que l'enquête santé de la FCQ souligne un phénomène assez inusité et paradoxal; en effet, l'ensemble des sujets de cette étude comptent davantage sur le cégep pour les

renseigner sur différents sujets reliés à la santé que pour les aider à développer des habitudes de vie saines et à solutionner des problèmes ayant un rapport avec leur santé. Enfin, la presque totalité des étudiants (97 %) ont manifesté le désir d'avoir accès à des services de premiers soins au cégep.

1.1.2 La santé des jeunes : les besoins de santé biopsychosociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu

Le rapport de recherche de Clouâtre (1987) traite essentiellement des besoins de santé biopsychosociale investigués auprès de cent cinquante-sept (N = 157) étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Il a permis d'identifier trente-deux (32) problèmes de santé vécus par les étudiants, qui se regroupent sous quatre thèmes généraux : a) la vie académique; b) l'avenir; c) les indices de bien-être et d) la vie pratique.

Les étudiants ont mentionné qu'ils étaient stressés par la somme des productions académiques exigée et face aux examens, ainsi que par les fins de sessions et les exigences d'admission à l'université. Ils ont aussi souligné qu'ils avaient de la difficulté à organiser leur temps entre les études, les loisirs et le travail rémunéré. Ils ont rapporté qu'ils éprouvaient des difficultés à choisir une carrière et qu'ils étaient inquiets face à la possibilité de se retrouver sans emploi. En ce qui a trait au concept du mieux-être, les étudiants ont fait part de leur manque de motivation et d'enthousiasme et du fait qu'ils étaient fatigués. Enfin, ils ont mentionné qu'ils manquaient d'argent pour mener à bien l'ensemble des activités de leur vie.

Clouâtre souligne qu'un élément jugé prioritaire par l'équipe de recherche concerne les problèmes entourant la sexualité. Toutefois, comme dans le cadre de l'enquête santé de la FCQ 1982-1983, les étudiants ont été très discrets sur cette dimension. Les étudiants avaient aussi à se prononcer sur des problèmes qu'ils jugeaient prioritaires et qui n'étaient pas mentionnés dans le cadre de l'enquête. Ils ont rapporté qu'ils vivaient des problèmes avec la consommation des drogues et d'alcool, certains rapportant que le milieu collégial incitait à la consommation d'alcool et, enfin, d'autres ont mentionné le besoin d'avoir des activités sportives organisées à l'heure du midi.

Pour conclure cette enquête, Clouâtre mentionne que l'ensemble des problèmes retenus dans cette étude couvre des domaines trop étendus pour qu'ils soient traités en même temps. Pour cette raison, l'équipe de recherche a décidé de s'attaquer au stress puisque ce problème avait été jugé prioritaire par les étudiants. Par ailleurs, Clouâtre mentionne que le fait de travailler sur la dimension du stress pourrait créer un impact sur d'autres problèmes associés à cette dimension.

1.1.3 La santé des jeunes : en conclusion partielle

Au regard de la nature des enquêtes consultées, on peut constater que chacune d'elles présente une perspective qui lui est propre; elles ne portent pas le même regard sur la santé des jeunes et mettent l'accent sur des réalités différentes. Les enquêtes *Santé Québec 1987* et *Santé Québec 1992-1993* dressent des profils d'ordre épidémiologique en rapportant l'incidence des problèmes prioritaires de santé ainsi que les taux de morbidité et de mortalité, notamment chez la population des jeunes âgés entre 15 et 24 ans. Ces données sont importantes dans le milieu de la santé afin de cerner certaines tendances qui touchent des populations en particulier. Par contre, on pourrait croire qu'elles sont moins utiles quand vient le temps d'explorer les besoins de formation en matière de santé chez les étudiants de cégep.

L'enquête santé de la Fédération des cégeps du Québec 1982-1983 ainsi que l'enquête sur les besoins de santé biopsychosociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (Clouâtre, 1987) s'insèrent dans le vécu quotidien de l'étudiant de cégep. Elles cernent des préoccupations qui n'ont pas encore atteint le seuil d'une intervention médicale ou professionnelle. L'enquête santé de la FCQ a mis en évidence certains problèmes de santé que vivent les étudiants, alors que celle de Clouâtre dresse un profil de besoins axé selon une perspective psychosociale.

Ainsi, toutes les données que l'on peut extraire de ces études aident à circonscrire certaines attentes et certains besoins en matière de santé chez les étudiants à l'ordre d'enseignement collégial. Cependant, selon une perspective de formation, aucune de ces études ne permet d'élaborer un profil ayant comme objectif d'orienter des interventions éducatives en matière d'éducation

pour la santé. Afin de bien cerner la problématique, il apparaît donc important à ce moment de préciser certains concepts comme la promotion de la santé, la prévention de la maladie et, surtout, l'éducation pour la santé.

1.2 LES CONCEPTS DE PROMOTION DE LA SANTÉ, DE PRÉVENTION DE LA MALADIE ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Cette section de la problématique vise à définir les concepts de promotion de la santé, de prévention de la maladie et d'éducation pour la santé. Elle présente aussi les orientations sociales en matière de santé et elle se termine par une conclusion partielle faisant état de l'importance du rôle de l'école dans la problématique de l'éducation pour la santé.

1.2.1 La promotion de la santé et la prévention de la maladie

On ne peut discuter d'activités d'éducation pour la santé sans souligner l'existence du concept de promotion de la santé et de celui de prévention de la maladie. Ces concepts sont étroitement liés à celui de l'éducation pour la santé et, par conséquent, ils se recoupent en partie (Hagan, 1986a; Hagan, 1991; Potter et Perry, 1990). Les orientations fondamentales, comme les buts, les motivations et les finalités, distinguent les fondements de ces trois concepts. La promotion de la santé est un processus global qui permet à la personne d'accroître son contrôle sur sa santé. Elle est en quelque sorte la mise en application d'un apprentissage continu en matière de gestion de la santé et, par le fait même, elle sous-entend la notion d'éducation pour la santé (Green et Kreuter, 1991). Les activités de promotion de la santé ont pour objet de soutenir la personne afin qu'elle en vienne à maintenir ou à améliorer son état de santé. Elles sont destinées à l'amener à se conscientiser ainsi qu'à l'éclairer dans le choix d'actions concrètes ayant pour objectif d'optimiser son niveau de santé et de bien-être.

Quant à elles, les activités de prévention de la maladie visent à protéger la personne contre des risques potentiels ou actuels pour sa santé. Cependant, ces activités concourent à amener la personne à éviter des conditions négatives plutôt qu'à lui proposer des alternatives afin qu'elle prenne en charge sa santé. Les activités de prévention de la maladie sont orientées de façon à maintenir

l'état de santé plutôt qu'à l'améliorer. Selon ces précisions, on peut d'emblée situer l'éducation pour la santé à l'intérieur du concept global de la promotion de la santé. Elle comporte donc des enjeux spécifiques comme l'enrichissement des connaissances de santé, la prévention de la maladie et la responsabilité individuelle en matière de santé (Conseil des affaires sociales et de la famille [CASF], 1984; Potter et Perry, 1990).

1.2.2 L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé vise à faire adopter des attitudes et des comportements favorables au maintien et au développement de l'état de santé chez la personne et chez des groupes d'individus. Elle vise l'acquisition et l'intégration, par la personne, de comportements favorables à sa santé. Ainsi, l'acquisition et l'intégration de ces comportements sont la résultante de l'interaction entre : (a) les attributs intrinsèques de la personne, soit ses valeurs, ses croyances, ses motivations; (b) les caractéristiques liées à sa personnalité, soit ses états, ses traits affectifs, ses émotions et, enfin, (c) les agissements et les habitudes reliés à la préservation, à la restauration ainsi qu'à l'amélioration de sa santé (Grégoire, 1984; Martin, 1984; Hagan, 1986a, 1986b; Hagan, 1991; Potter et Perry, 1990).

Green et Kreuter (1991) définissent l'éducation pour la santé comme étant un processus constitué d'un ensemble d'expériences planifiées, destinées à faciliter l'adaptation volontaire à des comportements qui conduisent à la santé. Cette définition peut être considérée comme étant plus complète car, selon Rochon (1991), elle tient compte des principes liés à l'enseignement et à l'apprentissage à l'intérieur même du processus. Rochon mentionne que les expériences d'apprentissage visent à intégrer les aspects cognitifs (les connaissances), affectifs (les attitudes et les valeurs) et psychomoteurs (les habiletés) liés à un comportement qui est souhaité.

Les stratégies éducatives qui concernent la santé doivent viser le développement d'une mentalité d'autonomie active chez la personne à la recherche de saines habitudes de vie (DeFriesse, Crossland, MacPhail-Wilcox et Sowers, 1990; Morgan Pigg Jr., 1989). Selon le CASF (1984), la personne ne peut être tenue responsable de toutes les atteintes à sa santé; cependant, les stratégies

des divers intervenants en éducation pour la santé devraient concourir à augmenter son pouvoir de décision sur les différents aspects de sa vie, notamment sur sa santé. Ces stratégies peuvent se présenter sous la forme d'activités formelles et planifiées, par exemple à l'école, ou sous la forme d'activités informelles, par exemple la publicité-santé.

Pour être valable et pertinente, l'éducation pour la santé sous-entend l'implication de la personne au centre de sa propre formation; sans une telle implication, ce processus risque d'être réduit à une réception passive de l'information. L'éducation pour la santé doit privilégier des habiletés de résolution de problèmes et encourager la prise de décision chez la personne en ce qui a trait à son mode de vie et à sa santé globale (Demers, 1991; Nader, 1990; Rochon, 1991; Seffrin, 1990). D'une part, elle apprend à reconnaître la présence et l'influence des différents facteurs de risque individuels et environnementaux sur sa santé et, d'autre part, elle apprend à établir et à mettre en pratique certaines stratégies qui visent à maintenir et à améliorer sa santé et son niveau de bien-être. La personne est ainsi encouragée à connaître, à développer, à consolider et, finalement, à maintenir des comportements sains qui ont pour but d'optimiser sa qualité de vie globale. La réussite en matière d'éducation pour la santé dépend grandement des valeurs et des croyances ainsi que de la motivation de la personne à vouloir maintenir et améliorer son état de santé actuel.

1.2.3 Les orientations sociales en matière d'éducation pour la santé

On observe actuellement une orientation sociale qui valorise les concepts fondamentaux proposés par l'éducation pour la santé. On assiste à un virage progressif : partant d'un modèle curatif en santé à l'intérieur duquel la responsabilité de la personne à l'égard de sa santé était peu encouragée, on se dirige vers un modèle éducatif en santé qui promulgue la prise en charge et la responsabilité par la personne des affaires relatives à sa santé.

Dans cette optique, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié, en 1992, la *Politique de la Santé et du Bien-Être*. Cette politique propose une série d'objectifs globaux qui visent à réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui affectent le plus la population

en impliquant activement la personne dans le processus d'amélioration, de maintien et de recouvrement de sa santé. Ces objectifs reposent sur trois convictions fondamentales : a) la personne doit exercer son pouvoir de décision dans les différents aspects de sa vie et de sa santé; b) la santé repose sur un partage équilibré des responsabilités entre la personne, les milieux de vie, par exemple l'école, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective et, c) la santé constitue une ressource importante qui permet à la personne de retirer une satisfaction de la vie et d'exercer pleinement ses rôles sociaux.

Il est clairement souligné dans la politique que le système de santé doit agir avec d'autres secteurs d'activités dans le but de réaliser des gains additionnels en matière de santé et de bien-être; le milieu scolaire est certes un secteur privilégié pour supporter et motiver les jeunes à viser un état de santé optimal. En accord avec les orientations de l'Organisation mondiale de la santé (1983) (O.M.S.), Allensworth et Kolbe (1987) et le C.A.S.F. (1984) mentionnent que l'école a un impact encore plus important que tout autre organisme de la société quand vient le temps de conscientiser les jeunes à vivre en meilleure santé et de façon plus satisfaisante.

1.2.4 L'éducation pour la santé : en conclusion partielle

Les concepts de promotion de la santé, de prévention de la maladie et d'éducation pour la santé ont été esquissés afin de faire ressortir leurs nuances propres. Plus particulièrement, le concept de l'éducation pour la santé a été défini comme étant un processus constitué d'un ensemble d'expériences planifiées visant à faire intégrer des connaissances dans le but de faciliter l'adaptation volontaire de la personne à des comportements qui conduisent à la santé. À ce sujet, Rochon (1991) mentionne que les principes liés à l'enseignement et à l'apprentissage sont intimement rattachés à un tel processus. Il a aussi été mentionné que les orientations sociales actuelles en matière de santé visent à éduquer la personne en ce qui touche sa propre santé afin qu'elle la prenne en charge; en substance, ces orientations visent à ce que la personne soit moins dépendante du système curatif et qu'elle mise sur sa propre capacité de gestion de sa santé. À ce sujet, plusieurs organismes sociaux

ainsi que certaines études soulignent l'importance de la contribution de l'école dans le processus de l'éducation pour la santé (Allensworth et Kolbe, 1987; C.A.S.F., 1984; DeFriese, Crossland, MacPhail-Wilcox et Sowers, 1990; Elias, 1990; Morgan Pigg Jr., 1989; MSSS, 1992; O.M.S., 1983); l'école serait donc un canal de choix pour véhiculer les connaissances et les valeurs relatives à la santé. Si l'école semble être un canal de choix pour transmettre des connaissances et des valeurs en santé, il devient maintenant pertinent d'examiner quelle est la nature des interventions en éducation pour la santé à l'ordre d'enseignement collégial.

1.3 L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ À L'ORDRE D'ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL

Cette section présente la place allouée à l'éducation pour la santé au collégial ainsi que les éléments reliés à la mission explicite de la discipline de l'éducation physique à l'égard de l'éducation pour la santé à cet ordre d'enseignement.

1.3.1 Vers une éducation pour la santé au collégial

Au moyen de l'éducation pour la santé, l'ordre d'enseignement collégial doit supporter et motiver les jeunes dans le processus de prise en charge de leur santé. Lohrmann, Gold et Jubb (1987) énumèrent trois objectifs de l'éducation pour la santé selon une perspective de formation. Fondamentalement, une telle éducation viserait a) à promouvoir la santé en tant que valeur fondamentale chez l'étudiant, b) à faciliter l'acquisition de connaissances et à développer des habiletés à faire des choix éclairés concernant de saines habitudes de vie et c) à développer des compétences permettant de discriminer, d'évaluer et d'utiliser de nouvelles connaissances afin d'optimiser certaines décisions en ce qui a trait à la santé. Une telle conception de l'éducation est d'ailleurs en lien avec les objectifs généraux en matière d'éducation pour la santé proposés par la *Politique de la Santé et du Bien-Être* (MSSS, 1992). De plus, selon une telle optique, il apparaît fondamental d'intervenir sur le plan des connaissances des étudiants afin qu'ils développent des compétences qui leur permettraient d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de leur santé.

Dans l'ancien régime pédagogique à l'ordre d'enseignement collégial, des notions de santé pouvaient être abordées a) dans les cours d'éducation physique, b) dans certains programmes de formation ainsi que c) dans le cadre de certains cours complémentaires. En effet, beaucoup de notions de santé étaient transmises dans les cours d'éducation physique; la nutrition, la sécurité lors des activités physiques et la gestion du stress en sont des exemples. Dans le cadre des programmes de formation professionnelle en santé, les notions étaient orientées en fonction des interventions professionnelles, pour répondre aux besoins des bénéficiaires et non pour augmenter les compétences des étudiants au regard de la gestion de leur propre santé. Enfin, les étudiants pouvaient avoir accès à des notions sur la santé dans le cadre de certains cours complémentaires. Malheureusement, en raison des contraintes de temps, des milieux limités et du nombre restreint d'étudiants qui pouvaient en bénéficier, il appert que les diverses interventions éducatives n'auraient pu assurer une formation suffisante pour prétendre répondre aux objectifs de l'éducation pour la santé pour l'ensemble des étudiants au collégial (Simoneau et Tardif, 1994; Simoneau, Tardif, Price, Higgins et Nicholson, 1995).

En 1993, le ministère de l'Éducation du Québec (MÉQ), par la Direction générale de l'enseignement collégial (DGEC), a entrepris une vaste réforme et il a adopté une nouvelle politique concernant le régime d'études pour la formation à l'ordre collégial. Ainsi, les disciplines de la formation générale commune obligatoire à tous les étudiants (philosophie, français, langue seconde, éducation physique) ont été fondamentalement remaniées, notamment au chapitre des objectifs et de la pondération des cours dispensés. Dans cette réforme, le MÉQ a tenu compte des orientations sociales en matière de santé en conférant une mission explicite à la discipline de l'éducation physique en ce qui a trait à l'éducation pour la santé. De plus, la nouvelle politique exige que les enseignants planifient et élaborent leur enseignement selon *l'approche par compétence* (DGEC, 1993). Cette approche de l'enseignement vise essentiellement à orienter les interventions éducatives, de façon à ce que l'étudiant puisse démontrer sa capacité à utiliser concrètement les connaissances acquises dans le cadre d'un contexte de réalisation précis (voir à ce sujet : DGEC, 1993).

1.3.2 La réforme au collégial : la mission explicite de l'éducation physique ²

La discipline de l'éducation physique a été touchée en profondeur par la réforme collégiale (DGEC, 1993, p. 47). Premièrement, le nombre de cours dans cette discipline a été diminué et, par conséquent, le nombre total des heures allouées pour les enseignements dans cette discipline est passé de cent vingt (120) à quatre-ving-dix (90) heures. Deuxièmement, les enseignants qui basaient auparavant leurs enseignements sur des recueils de cours du ministère, lesquels proposaient la plupart du temps des objectifs et les contenus à enseigner, doivent maintenant orienter leurs interventions différemment; elles doivent maintenant être axées sur le développement de compétences qui permettent à l'étudiant de faire un usage concret des connaissances liées aux différents contenus à l'étude. En effet, les finalités éducatives en éducation physique reposent aujourd'hui sur l'acquisition de trois compétences précises. Ainsi, dans le cadre des activités pédagogiques reliées à l'Ensemble 1, l'étudiant devra démontrer sa compétence à pouvoir *se situer au regard de sa santé*; les activités reliées à l'Ensemble 2 l'amèneront à *appliquer une démarche conduisant à l'amélioration de son efficacité dans une activité physique* et, enfin, les activités de l'Ensemble 3 feront en sorte que l'étudiant puisse *gérer la pratique régulière de l'activité physique dans une perspective de santé*.

Si on scrute plus attentivement les éléments de la compétence *se situer au regard de sa santé*, le devis ministériel de l'Ensemble 1 stipule que l'étudiant devra en arriver : a) à montrer le lien entre certaines habitudes de vie et la santé, b) à faire le lien entre les différents effets détectés lors de la pratique de l'activité et son mode de vie et, enfin, c) à identifier les activités physiques répondant à ses capacités, à ses champs d'intérêt et à ses besoins. Ainsi, à partir d'études et de recherches pertinentes, l'étudiant devra démontrer les relations qui existent entre quatre (4) habitudes de vie et la santé. Les interventions éducatives devront traiter du concept de santé globale et de celui de la qualité de vie, des habitudes de vie génératrices de santé et du rôle préventif de

² Dans le cadre de cette recherche, les textes disponibles en date du 20 mai 1995 ont été utilisés pour discuter de la mission explicite de la discipline de l'éducation physique à l'égard de l'éducation pour la santé.

l'activité physique et d'une saine alimentation. Par contre, le devis ministériel de l'Ensemble 1 n'offre aucune indication quant aux habitudes de vie à privilégier pour élaborer les contenus des cours.

Un autre constat surgit à l'analyse du contenu du devis ministériel de la compétence *se situer au regard de sa santé*; il concerne le temps alloué pour les enseignements dans le cadre de cette compétence. En effet, le temps qui est consacré est de trente (30) heures. Un total de quinze (15) heures sont prévues pour des enseignements théoriques, alors que quinze (15) autres sont réservées à l'expérimentation concrète des notions théoriques par la pratique d'activités physiques variées. À ce sujet, DeFriese, Crossland, MacPhail-Wilcox et Sowers (1990) et Elias (1990) rapportent qu'il faut un total de 45 à 60 heures d'enseignement en matière d'éducation pour la santé pour assurer des apprentissages signifiants auprès des étudiants. Il faut souligner que les enseignements dans les Ensembles 2 et 3 (60 heures d'enseignement) contribueront certes aux apprentissages des étudiants en rapport avec la santé.

Plusieurs auteurs (Ausubel, 1968; Jones, Palincsar, Ogle et Carr, 1987; Roth, 1990, 1991; Tardif, 1992) ont souligné l'importance de déterminer et de considérer les connaissances antérieures des étudiants quand vient le temps d'élaborer des interventions éducatives. Cette règle s'applique d'emblée pour ce qui est des tentatives qui visent à élaborer et à développer des interventions en éducation pour la santé, notamment dans le cadre des cours d'éducation physique. Alors, comme les connaissances en santé chez ces étudiants sont peu documentées, il apparaît primordial d'avoir une idée de ces connaissances avant de mettre en branle toute intervention éducative liée à cette dimension. Donc, si l'on tient compte de tous les éléments qui ont été soulignés dans la problématique, il apparaît important de dresser un profil des connaissances en santé chez les étudiants du collégial afin de supporter les interventions éducatives qui concernent cette dimension.

CHAPITRE II

L'état de la question

La question et les objectifs de la recherche

Le chapitre II qui porte sur l'état de la question en regard des connaissances en santé chez des étudiants à l'ordre collégial se divise en deux sections. La première section consiste en une recension des écrits qui rapporte les résultats des travaux de Price, Higgins et Nicholson (1991), de Gaines (1984) de Weiler, de Sliepcevich et Sarvala (1994) et, finalement, de Simoneau et Tardif (1994). La deuxième section du chapitre fait état de la question et de l'énoncé des trois objectifs de cette recherche.

2.1 RECENSION DES ÉCRITS

2.1.1 L'étude de Price, Higgins et Nicholson (1991)

Les chercheurs Price, Higgins et Nicholson (1991) ont mesuré le niveau de connaissances en santé chez un échantillon de 1 841 étudiants provenant de 14 collèges et universités américaines. Les étudiants ont tous rempli le *Health Knowledge Inventory* (HKI); cet instrument de mesure s'adresse spécifiquement à la clientèle étudiante de l'ordre collégial et il est destiné à mesurer les connaissances acquises à la suite d'interventions éducatives en matière de santé (Higgins, Nicholson, Price et Case, 1992; Nicholson, Price et Higgins, 1990). Le HKI est un questionnaire à choix multiples comprenant 110 items qui se subdivisent en 11 catégories de santé:

- 1) les traumatismes et la sécurité;
- 2) l'activité physique;
- 3) les maladies chroniques;
- 4) les MTS et les maladies contagieuses;
- 5) la consommation de produits et services en santé;
- 6) la nutrition;
- 7) la santé et l'environnement;
- 8) la santé mentale;
- 9) la sexualité;
- 10) l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool;
- 11) le vieillissement et la mort.

Chacune des 11 catégories de santé (10 items par catégorie) peut faire l'objet d'une évaluation indépendante et être quantifiée en pourcentage dans le but d'établir un profil plus spécifique. Les caractéristiques métrologiques du HKI ont été démontrées et l'instrument de mesure a été jugé valide et fiable (Nicholson, Price et Higgins, 1990).

L'âge moyen pour tous les sujets (N = 1 841) était de 20,49 ans (é.t. = 4,70; étendue = 17-71); les femmes représentaient 57,4 % (n = 1 056) de la distribution alors que cette proportion était de 36,2 % (n = 667) pour les hommes; le sexe n'a pu être déterminé pour 118 sujets (6,4 %). Le score moyen pour tous les sujets, en réponse au HKI, était de 62,28 sur une possibilité de 110 items (é.t. = 15,48; étendue = 9-102). La moyenne obtenue par les femmes (X = 64,47; é.t. = 14,6) était significativement plus élevée ($F(1,1721) = 52,17, p < ,0001$) que celle obtenue par les hommes (X = 57,99; é.t. = 15,71). De plus, les auteurs ont démontré que la moyenne globale en réponse au HKI augmentait de façon concomitante avec le niveau d'étude des étudiants ($F(3, 1 486) = 72,8, p < ,0001$).

En ce qui a trait aux catégories de santé, le pourcentage de bonnes réponses variait entre 46 % pour les maladies transmissibles sexuellement et les maladies contagieuses et 75 % pour la nutrition. Le Tableau 1 indique les pourcentages obtenus pour chacune des 11 catégories de santé à l'étude. Price, Higgins et Nicholson (1991) soulignent le faible niveau de connaissances en santé chez les étudiants ayant participé à leur étude; en effet, en excluant les connaissances liées au domaine de la nutrition, les auteurs ont observé des déficits importants pour toutes les catégories de santé mesurées par le HKI. Entre autres, ils soulignent le fait que les étudiants ont échoué à près de la moitié des items traitant de la sexualité, des maladies transmissibles sexuellement et des maladies contagieuses. Considérant que cette population est la plus à risque pour contracter des maladies transmissibles sexuellement, les auteurs mentionnent qu'il faudrait renforcer les interventions éducatives en ce qui a trait à cette dimension. Les étudiants ont aussi obtenu un faible score pour les connaissances liées aux maladies chroniques (54 %); cette constatation soulève le fait que les étudiants n'établissent peut-être pas encore les relations qui existent entre leurs habitudes de vie, d'une part, et les conséquences de celles-ci sur leur santé à la période du climatère, d'autre part.

Enfin, le score pour les connaissances en santé mentale (53 %) apparaît plutôt faible, surtout si l'on considère l'incidence du taux de suicide et des problèmes de santé mentale qui touchent cette population.

Tableau 1

Pourcentage de bonnes réponses par catégorie de santé (Price, Higgins et Nicholson (1991))

Catégories de santé	Pourcentage de bonnes réponses
Traumatismes et sécurité	63 %
Activité physique	65 %
Maladies chroniques	54 %
MTS et contagieuses	46 %
Consommation en santé	53 %
Nutrition	75 %
Santé et environnement	63 %
Santé mentale	53 %
Sexualité	53 %
Drogues et alcool	63 %
Vieillesse et mort	52 %

En conclusion, Price, Higgins et Nicholson (1991) mentionnent que le HKI permet de mesurer les connaissances en santé mais que ces dernières, si élaborées soient-elles, ne garantissent pas l'adoption spontanée de comportements sains, le processus de changement étant beaucoup plus complexe. À ce sujet, les auteurs soulignent l'importance indéniable de la participation volontaire et active de la personne dans son processus de prise en charge afin de modifier certains de ses comportements. Certes, les

connaissances en santé demeurent le préalable prépondérant à toute tentative de modification de comportement, notamment les comportements à l'égard de la santé. Pour terminer, Price, Higgins et Nicholson (1991) mentionnent que les étudiants à l'ordre d'enseignement collégial sont mal informés au regard de la santé et qu'il y aurait lieu de croire que ce problème pourrait être résolu par des interventions éducatives (*health education*, éducation pour la santé) qui répondent à leurs besoins; enfin, ils ajoutent que ces interventions devraient d'emblée s'intégrer dans une perspective de formation générale.

2.1.2 L'étude de Gaines (1984)

Dans le but de préciser les besoins des étudiants en matière d'éducation pour la santé, Gaines (1984) a entrepris une étude visant à déterminer les sujets (topics) du domaine de la santé qui les intéressaient le plus. Deux cent quatre-vingt-seize sujets (142 femmes et 154 hommes), âgés entre 18 ans et 23 ans, ont participé à l'étude. Le *Health Interest Inventory* (HII) était l'instrument de mesure utilisé dans le cadre de cette enquête; cet instrument a été élaboré et développé par Gaines en 1983.

Les 10 sujets (sur 28) pour lesquels les étudiants ont démontré un plus grand intérêt concernaient :

- 1) les critères permettant d'évaluer et de sélectionner une bonne assurance santé;
- 2) les suppléments alimentaires;
- 3) le charlatanisme et la fraude dans le domaine de la santé;
- 4) les recours légaux en matière de consommation de produits et de services en santé;
- 5) les notions d'hygiène personnelle;
- 6) la consommation de médicaments et l'usage et/ou l'abus des drogues;
- 7) les lubies et les sophismes dans le domaine de la nutrition;
- 8) les droits de la personne dans son rôle de patient;
- 9) les connaissances à l'égard des médicaments en vente libre;
- 10) les théories qui sous-tendent certaines médecines alternatives.

Selon Gaines, les femmes seraient plus intéressées que les hommes à obtenir des informations en santé, notamment celles qui touchent les sujets (topics) suivants : a) les interventions en situation de crise et la santé mentale;

b) les lubies et les sophismes dans le domaine de la nutrition; c) les problèmes prioritaires de santé; d) les notions d'hygiène personnelle; e) les droits de la personne dans son rôle de patient; et f) la compréhension des informations retrouvées sur les étiquettes dans le domaine de l'alimentation (*food labeling*).

En guise de conclusion, Gaines a souligné que l'éducation pour la santé doit faire partie intégrante des programmes de formation afin que les étudiants puissent développer des compétences comme consommateurs avertis en matière de santé. Finalement, Gaines a ajouté que les éléments de formation inhérents à cette éducation doivent fondamentalement être en lien avec les intérêts et les besoins exprimés par les jeunes.

2.1.3 L'étude de Weiler, Sliepcevich et Sarvala (1994)

Les préoccupations que les étudiants expriment à l'égard de leur santé sont, à juste titre, des indices fiables, valides et pertinents pour orienter des interventions éducatives qui traitent de cette dimension. En effet, selon Weiler, Sliepcevich et Sarvala (1994), la connaissance de ce qui préoccupe les étudiants permet d'établir les relations qui existent entre a) les problèmes de santé spécifiques qui les concernent et b) les questions qu'ils se posent sur différents sujets liés au domaine de la santé. Ainsi, pour élaborer et développer des interventions éducatives en santé qui répondent à leurs besoins, Weiler, Sliepcevich et Sarvala soulignent la nécessité de connaître les préoccupations et le niveau des connaissances en santé chez cette population.

Weiler, Sliepcevich et Sarvala (1994) ont évalué les préoccupations à l'égard de la santé auprès d'un échantillon de 419 étudiants. L'âge moyen des sujets était de 16,04 ans (é.t. = 1,23; étendue = 14-19) et la distribution de femmes et d'hommes (n = 214, 51 % *vs* n = 205; 49 %) était pratiquement égale. L'instrument de mesure utilisé était le questionnaire *Adolescent Health Concerns Inventory* (AHCI); les caractéristiques métrologiques du AHCI ont été démontrées et l'instrument de mesure a été jugé valide et fiable (Weiler, Sliepcevich et Sarvala, 1993). Cet instrument comprend un total de 150 items regroupés dans les 12 catégories de santé suivantes :

- 1) l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool;
- 2) les pathologies;
- 3) la santé et l'environnement;
- 4) la consommation de produits et services en santé;
- 5) la sexualité;
- 6) l'hygiène personnelle;
- 7) les traumatismes et la sécurité;
- 8) la nutrition;
- 9) la santé sociale;
- 10) les relations interpersonnelles;
- 11) la santé mentale;
- 12) la perspective du futur.

Selon les résultats de l'étude de Weiler, Sliepcevich et Sarvala, les dix préoccupations les plus importantes chez les étudiants étaient : d'avoir du succès dans la vie (90 %), de se choisir une carrière (87 %), d'avoir de bons résultats académiques (85 %), de projeter ce qu'ils seront dans 10 ans (85 %), d'avoir des amis (85 %), d'avoir des fréquentations (84 %), d'accéder à des études universitaires (84 %), d'avoir une petite amie ou un petit ami (83 %), d'établir leur propre famille (82 %) et, finalement, d'entretenir des rapports significatifs avec leurs parents (82 %). Les activités physiques et le fait d'avoir une bonne forme physique se retrouvaient au 15^e rang (79 %) de leurs préoccupations, l'importance de l'image corporelle (78 %) au 17^e rang et ce n'était qu'au 21^e rang (74 %) que les étudiants ont souligné le désir de se sentir bien (mieux-être). À noter que dans cette étude, les femmes ont manifesté plus de préoccupations que les hommes à l'égard de la santé ($F(1, 407) = 23,69, p < ,0001$).

Les résultats rapportés dans l'étude de Weiler, Sliepcevich et Sarvala démontrent à quel point l'image corporelle et les relations interpersonnelles sont des dimensions qui préoccupent les sujets de cette cohorte; en effet, les étudiants semblent préoccupés par le fait *d'être aimés et appréciés*. Par contre, à part le fait de se sentir concernés par les accidents de la route (78 %, 16^e rang), les étudiants semblent peu préoccupés par d'autres causes aussi sérieuses de morbidité et de mortalité qui les touchent. Entre autres, ils se sentent peu concernés par le problème de la conduite en état d'ébriété, l'usage et/ou l'abus

des drogues et de l'alcool et finalement, la transmission du VIH et les maladies transmissibles sexuellement.

En conclusion, Weiler, Sliepcovich et Sarvala (1994) soulignent que les étudiants ne sont pas indifférents à l'égard de leur santé, mais qu'ils semblent peu préoccupés par les problèmes prioritaires de santé qui les touchent de façon particulière. Notamment, parmi ces problèmes de santé, on retrouve la conduite sous l'influence de l'alcool, le suicide et l'ensemble des problématiques qui touchent la sexualité. Selon Weiler, Sliepcovich et Sarvala, ce constat laisse croire qu'il faudrait certainement axer sur ces problèmes des interventions éducatives en santé.

2.1.4 L'étude de Simoneau et Tardif (1994)

L'étude de Simoneau et Tardif sur les connaissances en santé a été effectuée auprès de 43 étudiants (11 hommes et 32 femmes) finissants, provenant de deux groupes classe d'un programme de sciences humaines au collégial. Les données ont été recueillies à l'aide du test *Évaluation des Connaissances en Santé*; ce test est la version canadienne-française du *Health Knowledge Inventory* (voir à ce sujet : Simoneau, 1994; Simoneau, Price, Higgins, Nicholson et Tardif, 1995). L'ÉSC est un questionnaire à choix multiples comprenant 110 items qui se subdivisent en 11 catégories de santé. Pour chacun des items, il y a un choix possible de quatre réponses et une seule de celles-ci est bonne. Un score total de 110 est obtenu en additionnant les scores pour chacun des items. Chacune des 11 catégories de santé peut faire l'objet d'une évaluation indépendante et être quantifiée en pourcentage dans le but d'établir un profil plus spécifique. L'objectif de l'étude consistait à décrire les connaissances en santé chez un échantillon d'étudiants québécois à l'ordre collégial.

L'âge moyen des sujets était de 19,23 ans (é.t. = 1,99; étendue = 17-41). Le score moyen pour l'ÉCS s'élevait à 70,04 (é.t. = 10,35; étendue = 41-92) sur un maximum possible de 110. Chez les hommes (n = 11), la moyenne se situait à 70,90 (sur 110) (é.t. = 15,20; étendue = 41-92) et elle se situait à 69,75 (é.t. = 8,35; étendue = 51-86) pour les femmes (n = 32). Le test du U de Mann-Withney a indiqué que les scores des hommes et des femmes provenaient de la même

distribution ($U = 195,00$; $p = 0,5965$). Le coefficient de cohérence interne (de Cronbach) a été estimé à 0,81.

Les données obtenues dans le cadre de l'étude de Simoneau et Tardif ont révélé des lacunes importantes quant aux connaissances liées à l'ensemble des catégories de santé mesurées dans cet échantillon d'étudiants. En effet, les étudiants ont échoué à près de la moitié des items traitant de la sexualité ainsi que des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et des maladies contagieuses. Simoneau et Tardif ont souligné que, considérant le fait que ces étudiants font partie du groupe d'âge le plus à risque pour une variété de MTS, il serait important de considérer des interventions éducatives en fonction des problèmes prioritaires liés à ce domaine de la santé.

Selon Simoneau et Tardif, le faible taux de réussite (49,9 %) pour les items s'appliquant aux maladies chroniques indique quant à lui que les étudiants ne font peut-être pas les relations entre le style de vie et les risques potentiels de maladies chroniques à la période du climatère. Les maladies cardio-vasculaires et le cancer constituent respectivement la première et la deuxième cause de morbidité et de mortalité au Québec et le tabagisme, l'obésité, le sédentarisme, l'hypercholestérolémie, l'exposition non protégée au soleil et la consommation abusive d'alcool sont tous des facteurs qui concourent à accroître les risques associés à ces problèmes de santé. Par conséquent, Simoneau et Tardif mentionnent que les jeunes devraient connaître les facteurs de risque associés à ces problèmes de santé afin d'en venir à exercer un meilleur contrôle de leur propre santé. Ils ajoutent que des voies d'actions privilégiées concernant ces problèmes de santé suggèrent le développement d'activités d'information afin de promouvoir l'acquisition précoce de saines habitudes de vie chez les étudiants. Des interventions éducatives adaptées en fonction de leurs besoins représenteraient une solution pour atteindre cet objectif.

Simoneau et Tardif rapportent que les problèmes de santé mentale représentent environ le quart des dépenses pour la santé chez les jeunes de 15 à 24 ans et que le taux de suicide chez les jeunes de ce groupe d'âge est à la hausse. Cependant, le score obtenu (65,3 %) pour les items liés à la catégorie

Santé mentale laisse croire que les étudiants connaissent peu les éléments liés à cette problématique. Ils soulignent que des interventions éducatives favorisant la gestion de la santé mentale devraient être établies en priorité dans le but de les aider à mieux comprendre les facteurs (l'absence de relations significatives, l'isolement et l'épuisement scolaire) contribuant à l'idéation suicidaire et au suicide chez cette population.

Enfin, les scores obtenus pour les items en relation avec l'éducation physique (65 %), la consommation de produits et services en santé (70,9 %), la santé et l'environnement (71,6 %) et finalement l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool (64,1 %) font ressortir la nature précaire des connaissances relatives à ces catégories de santé. Par contre, sur une note positive, il apparaît que les étudiants connaissent bien les éléments de base inhérents à la nutrition, ils ont d'ailleurs obtenu un score de 80,4 % pour les items relatifs à cette dimension.

En conclusion de leur étude, Simoneau et Tardif rapportent que les connaissances en santé ne garantissent pas que les étudiants adopteront des comportements sains. Par contre, ils soulignent les propos de Peterson-Martin et Cottrell (1987) à l'effet que des étudiants qui ont des connaissances en santé et qui accordent une importance aux bonnes habitudes de vie adoptent par le fait même de bons comportements face à la santé en général. Simoneau et Tardif mentionnent que les connaissances en santé chez les étudiants du collégial devraient être investiguées de façon systématique afin de dresser un profil permettant de baliser des contenus pertinents visant à optimiser le développement des compétences en matière de gestion de la santé. Ils ajoutent que des modèles éducatifs novateurs doivent appuyer les interventions éducatives en santé; celles-ci doivent être stratégiques et contextualisées afin de favoriser des apprentissages signifiants et durables. La participation active de l'étudiant dans son processus de prise en charge de sa santé doit aussi être encouragée; il faut qu'il en arrive à se conscientiser face à son vaste potentiel d'apprenant efficace.

2.2 QUESTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette section du chapitre présente la question de recherche et elle fait part des trois objectifs visés dans le cadre de la recherche sur *l'état de connaissances en santé*.

2.2.1 Question de recherche

Dans le but de préciser et d'optimiser les diverses interventions éducatives en santé à l'ordre d'enseignement collégial, cette recherche vise essentiellement à répondre à la question de recherche suivante :

Quel est le profil des connaissances en santé chez les étudiants au seuil d'entrée à l'ordre d'enseignement collégial ?

2.2.2 Objectifs de la recherche

Cette recherche vise les trois (3) objectifs suivants :

Poser un regard critique sur l'état actuel des connaissances en santé chez des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial;

Comparer leurs connaissances avec celles provenant de différents agents et agentes des milieux de l'éducation et de la santé;

Proposer certains éléments d'un programme d'éducation pour la santé qui serviraient de prémisses à une nouvelle éducation pour la santé à l'ordre d'enseignement collégial.

CHAPITRE III
La méthodologie

Le chapitre III qui porte sur la méthodologie comprend cinq sections. Il décrit le protocole expérimental, les échantillons, l'instrument de mesure, les modalités de la collecte des données et, enfin, les traitements statistiques utilisés pour l'analyse des résultats.

3.1 LE PROTOCOLE DE RECHERCHE

Cette section décrit le type de recherche et elle identifie les variables de la recherche.

3.1.1 Type de recherche

La recherche sur *l'état des connaissances en santé* est de type descriptif (voir à ce sujet : Bélanger, 1988). Ce type de recherche permet d'examiner un phénomène qui reflète la réalité quotidienne, et ce en milieu de laboratoire ou en milieu naturel (Bélanger, 1988; Borg et Gall, 1989; Gauthier, 1992); selon Sabourin (1988), il est pertinent de faire appel à ce type de recherche lorsque le but d'un chercheur est de décrire avec exactitude une situation donnée (Sabourin, 1988). En conséquence, dans le contexte de la recherche sur *l'état des connaissances en santé*, où les connaissances sont pratiquement inexistantes, le cadre méthodologique de la recherche descriptive s'avère indiqué et pertinent.

3.1.2 Variables de la recherche

Dans le cadre de cette recherche, deux regroupements de variables ont été identifiés : a) la variable étudiée et b) les variables contrôlées.

A. Variable étudiée

Dans le cadre de la recherche sur *l'état des connaissances en santé*, la variable étudiée constitue :

les connaissances en santé chez des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre d'enseignement collégial.

B. Variables contrôlées

Les résultats de plusieurs recherches sur les connaissances en santé des étudiants à l'ordre collégial suggèrent que l'âge, le sexe et le milieu sociodémographique du collège sont des variables qui influent sur le niveau de connaissances en santé (Holcomb, 1992; McDonnell, Metheney et Stanton, 1992; Perry-Hunnicut et Newman, 1993; Price, Higgins et Nicholson, 1991; Weiler, Sliepecevic et Sarvala, 1993). Par conséquent, dans le cadre de cette recherche les variables contrôlées qui serviront à regrouper les informations lors du processus du traitement des données sont :

1. l'âge de l'étudiant;
2. le sexe de l'étudiant;
3. le niveau d'étude de l'étudiant;
4. le milieu sociodémographique du collège de l'étudiant.

3.2 LES SUJETS

Un total de 640 sujets (N = 640) ont participé à cette recherche. Ils étaient des étudiants à l'ordre d'enseignement collégial, d'une part, et des étudiants diplômés du domaine de la santé ainsi que des professionnels des milieux de l'éducation et de la santé, d'autre part. C'est à partir de ce pool de sujets que furent constitués les deux échantillons pour les besoins de la recherche.

3.2.1 Échantillon des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre d'enseignement collégial

Dans le cadre de la recherche sur *les connaissances en santé*, il était impossible d'établir un échantillon d'étudiants de type probabiliste, car tous les sujets étaient volontaires et toutes les évaluations se faisaient en classe à partir de groupes constitués. Toutefois, des critères ont été fixés en vertu desquels les groupes de sujets ont été choisis pour former un *échantillon à choix raisonné* d'étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial. Ainsi, les sujets devaient provenir de groupes constitués du cours d'éducation physique *se situer au regard de la pratique de l'activité physique*. À la session d'automne 1994, ce cours était destiné aux nouveaux étudiants qui arrivaient au cégep.

En tout, un total de 540 sujets des deux sexes ont été recrutés dans le but de constituer l'échantillon des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre d'enseignement collégial. Ils ont tous signé un formulaire de consentement attestant leur participation volontaire à la recherche. Ils provenaient de groupes d'étudiants de trois collèges du réseau des cégeps du Québec. Les groupes ont été désignés par des personnes répondantes dans chacun des collèges. Le choix des trois collèges fut effectué dans le but d'assurer une certaine représentativité de la population des nouveaux étudiants des cégeps de l'ensemble de la province. Deux des collèges à l'étude sont des collèges urbains, un de taille moyenne (ordre de 3 000 étudiants), l'autre de grande taille (ordre de 6 000 étudiants) alors que le troisième est considéré comme étant un collège métropolitain de grande taille (ordre de 6 000 étudiants). La distribution des 540 sujets est la suivante : 103 sujets provenaient du cégep C1; 188 du cégep C2; et, enfin, 249 du cégep C3 (figure 1).

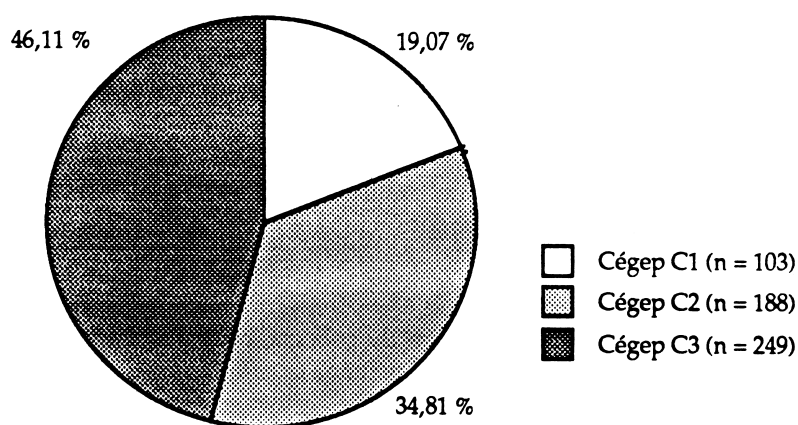


figure 1. Distribution des sujets par collège.

3.2.2 Échantillon des étudiants diplômés du domaine de la santé et des professionnels des milieux de l'éducation et de la santé

Un total de 100 sujets ($n = 100$) composent l'échantillon des étudiants diplômés du domaine de la santé ainsi que des professionnels des milieux de l'éducation et de la santé. Il s'agit d'un *échantillon de convenance* divisé en cinq cohortes distinctes. La première cohorte est composée de 60 étudiants de collège qui ont terminé leurs études en mai 1995 dans quatre programmes de

formation dans les techniques de la santé. La deuxième cohorte est composée de 10 étudiants universitaires inscrits dans un programme de deuxième cycle en santé communautaire dans une faculté de médecine d'une université québécoise. La troisième cohorte est composée de 10 enseignants de collège qui ne dispensent pas de cours dans des domaines touchant directement la santé. La quatrième cohorte est composée de 10 professionnels de la santé oeuvrant dans des hôpitaux ou des services de santé auxiliaires; ces sujets devaient être titulaires d'un diplôme universitaire. Enfin, la cinquième cohorte est formée de 10 omnipraticiens qui exercent la médecine de famille (Tableau 2).

Tableau 2
Caractéristiques des sujets des cinq cohortes

Cohortes	n	Caractéristiques
1 Étudiants finissants en techniques de la santé	60	• Étudiants finissants du collégial dans des programmes de techniques de la santé.
2 Étudiants diplômés du domaine de la santé	10	• Étudiants diplômés dans un programme universitaire en santé communautaire.
3 Enseignants à l'ordre collégial	10	• Enseignants du collégial ne dispensant pas de cours dans des domaines touchant la santé.
4 Professionnels de la santé	10	• Professionnels de la santé oeuvrant dans des hôpitaux ou des services de santé auxiliaires
5 Omnipraticiens	10	• Omnipraticiens exerçant la médecine de famille.

3.3 L'INSTRUMENT DE MESURE

L'Évaluation des Connaissances en Santé (ÉSC) est l'instrument de mesure utilisé dans le cadre de cette recherche. Il est une version traduite et validée en langue française du Health Knowledge Inventory (HKI) (Nicholson, Price et Higgins, 1990). La méthode de traduction et de validation

transculturelle d'instruments d'Hébert, Bravo et Voyer (1994) a été utilisée pour traduire et valider en langue française le HKI (voir à ce sujet : Simoneau, 1994; Simoneau, Price, Higgins, Nicholson et Tardif, 1995; Simoneau et Tardif, 1994).

L'ÉCS est un questionnaire à choix multiples comprenant 110 items qui se subdivisent en 11 catégories de santé : 1) les traumatismes et la sécurité; 2) l'activité physique; 3) les maladies chroniques; 4) les maladies transmissibles sexuellement et les maladies contagieuses; 5) la consommation de produits et services en santé; 6) la nutrition; 7) la santé et l'environnement; 8) la santé mentale; 9) la sexualité; 10) l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool; 11) finalement, le vieillissement et la mort. Pour chacun des items, il y a un choix possible de quatre réponses et une seule de celles-ci est bonne. Un score total de 110 est obtenu en additionnant les scores pour chacun des items. Chacune des 11 catégories de santé (10 items par catégorie) peut être quantifiée en pourcentage et faire l'objet d'une évaluation indépendante dans le but d'établir un profil plus spécifique.

Cet instrument s'adresse spécifiquement à la clientèle étudiante de l'ordre collégial et il permet de mesurer : a) les connaissances générales de l'étudiant en matière de santé, b) les connaissances acquises lors de cours en santé personnelle et, c) les connaissances acquises grâce à différentes stratégies d'intervention en matière d'éducation à la santé (Higgins, Nicholson, Price et Case, 1992; Nicholson, Price et Higgins, 1990; Price, Nicholson et Higgins, 1991; Simoneau, 1994; Simoneau, Price, Higgins, Nicholson et Tardif, 1995). Les personnes intéressées à obtenir une copie de l'ÉCS peuvent le faire en contactant l'auteur de ce rapport.

3.3.1 Caractéristiques métrologiques de l'ÉCS

À la suite d'un processus de traduction et de validation en langue française, l'ÉCS a été démontré valide et fidèle, reproduisant les caractéristiques métrologiques originales du HKI (Nicholson, Price et Higgins, 1990; Simoneau, 1994; Simoneau, Price, Nicholson, Higgins et Tardif, 1995). Ainsi, l'estimé du coefficient de la validité interne (alpha de Cronbach) de l'ÉCS s'élève à 0,83 et il est comparable à celui de 0,91 (formule 20 de Kuder-Richardson) qu'ont obtenu

Nicholson, Price et Higgins (1990) lors du processus d'élaboration et de validation du HKI. Le coefficient de validité interne de l'ÉCS est jugé comme étant excellent et il témoigne de l'homogénéité du contenu et de la difficulté des items (voir à ce sujet : Carmines et Zeller, 1979; Converse et Presser, 1986; Nunnally et Bernstein, 1994)). Le coefficient de fidélité test-retest (r de Pearson) de l'ÉCS est estimé à 0,86 ($n = 43$; $p < 0,001$) et il est pratiquement identique à celui rapporté par Nicholson, Price et Higgins (1990) ($r = 0,89$; $n = 505$; $p < 0,0001$). Selon Carmines et Zeller (1979) et Nunnally et Bernstein (1994), un coefficient de fidélité (test-retest) de l'ordre de 0,80 et plus constitue un standard approprié dans le cadre de la recherche fondamentale.

3.4 LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

La section sur le déroulement de la recherche décrit les activités reliées à l'administration des questionnaires aux étudiants et aux sujets des différentes cohortes. Deux modèles ont été retenus pour l'administration des questionnaires : a) l'administration sur place pour les étudiants de collège et b) l'auto-administration avec retour par la poste ou à des personnes-ressources pour les sujets provenant des cinq cohortes.

3.4.1 Administration du questionnaire aux étudiants de collège

Le questionnaire fut administré aux étudiants des trois collèges au cours de la période comprise entre la mi-septembre et la fin du mois d'octobre 1994. Le chercheur s'est assuré la gestion de la passation du questionnaire dans tous les milieux de réalisation. À la suite de la présentation des objectifs de la recherche et de l'obtention de leur consentement écrit pour participer à l'étude, les sujets ont été invités à répondre au questionnaire ÉCS sur une feuille réponse Scantron F-262 permettant la lecture optique des données. Dans un premier temps, ils ont indiqué les quatre variables suivantes : le sexe, l'âge chronologique, le niveau d'étude et le milieu d'étude. Dans un deuxième temps, ils ont rempli le questionnaire de façon individuelle. Une période de soixante (60) minutes a été allouée à tous les sujets afin qu'ils puissent dûment répondre au questionnaire. Ces procédures sont similaires à celles qu'ont utilisées Price, Higgins et Nicholson (1991) dans le cadre de leur étude. La nature des données qui ont été recueillies en assure la confidentialité et, par

conséquent, l'anonymat des sujets a été préservé lors de toutes les étapes de l'étude.

3.4.2 Administration du questionnaire aux sujets des cohortes

L'ÉCS fut administré aux sujets des cinq cohortes durant la période comprise entre les mois d'octobre 1994 et février 1995. Tous les sujets ont participé à l'étude sur une base volontaire. Selon un principe de convenance, les sujets se sont vu remettre une enveloppe comprenant le matériel nécessaire afin de remplir le questionnaire. Cette enveloppe comprenait : a) une lettre explicative concernant les objectifs de la recherche; b) une copie l'ÉCS; c) une feuille réponse Scantron F-262; et enfin, d) les instructions pour l'auto-administration du questionnaire. Les sujets ont été invités à répondre au questionnaire de façon individuelle et sans consulter aucune source d'information; un délai de deux (2) semaines leur a été accordé à cette fin. La gestion pour la distribution des questionnaires aux sujets des cinq cohortes a été assumée par le chercheur assisté de personnes-ressources.

3.5 LES TRAITEMENTS STATISTIQUES

Cette dernière section du chapitre de la méthodologie énumère les différentes méthodes statistiques visant à traiter les données recueillies auprès des deux échantillons. Tous les résultats seront exprimés par des moyennes plus ou moins l'écart-type ainsi que par l'étendue de la distribution des différents scores. Le coefficient alpha de Cronbach sera utilisé pour estimer la cohérence interne des différentes évaluations. Le calcul des différences de moyennes se fera à l'aide de l'analyse de la variance et du test *t* de Student pour données indépendantes. Dans le cas où l'analyse de la variance soulignera des différences de moyennes, le test de comparaisons multiples PLSD de Fisher sera utilisé pour indiquer où se situent ces différences. Le niveau de confiance considéré pour toutes les analyses sera de 95 % ou plus ($p < 0,05$). Tous ces traitements statistiques serviront à décrire les résultats obtenus par chaque cohorte et à comparer les différents groupes entre eux.

CHAPITRE IV

La présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats

Le chapitre IV décrit les résultats et en présente l'analyse statistique ainsi que l'interprétation.

4.1 LES ÉTUDIANTS DU COLLÉGIAL

L'échantillon des étudiants du collégial est composé de 540 sujets. La répartition des sujets pour chacun des collèges à l'étude est la suivante : 103 sujets (19,07 %) proviennent du cégep C1; 188 (34,81 %) du cégep C2 et, enfin, 249 (46,11 %) du cégep C3. Des 540 répondants, 280 (51,85 %) sont des femmes et 260 (48,15 %) sont des hommes. L'âge chronologique moyen pour tous les sujets est de 17,46 ans (é.t. = 1,2; étendue = 16-33). Les étudiants qui se situent au seuil d'entrée à l'ordre collégial (478 sur 540) composent 88,5 % de l'échantillon; ils sont âgés en moyenne de 17,26 ans (é.t. = 1,07). Seulement 11,5 % des sujets (soit 62 sur 540) de cet échantillon ont déjà une expérience d'études au collégial. Les étudiants à leur deuxième année de collège (47 sur 540) sont âgés de 18,53 ans; ils représentent 8,7 % des sujets de l'échantillon. Ceux qui en sont à leur troisième année (12 sur 540), à leur quatrième année (2 sur 540), et enfin, à leur cinquième année (1 sur 540) de collège représentent respectivement 2,2 %, 0,4 % et 0,2 % de l'échantillon. Dans le même ordre de présentation, l'âge moyen pour ces derniers se situe à 20,0 ans, 21,0 ans et 22,0 ans. Considérant que seulement 11,5 % des sujets ont déjà une expérience au collégial, il a été convenu de les inclure dans l'échantillon des étudiants. Cette modalité méthodologique constitue une pratique courante dans des recherches de même type (voir à ce sujet : Price, Higgins et Nicholson, 1991; Weiler, Sliepcevich et Sarvala, 1994).

4.1.1 Les connaissances en santé

La moyenne obtenue par les 540 sujets en réponse à l'ÉCS se situe à 62,66 (sur 110), l'écart-type est de 11,64 et l'étendue pour les scores varie entre 29 et 92. La médiane se situe à 63,0, alors le score 66,0 est le mode. L'estimé du coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le test s'élève à 0,84. La figure 2 illustre la distribution des scores pour l'ÉCS obtenus par les 540 sujets.

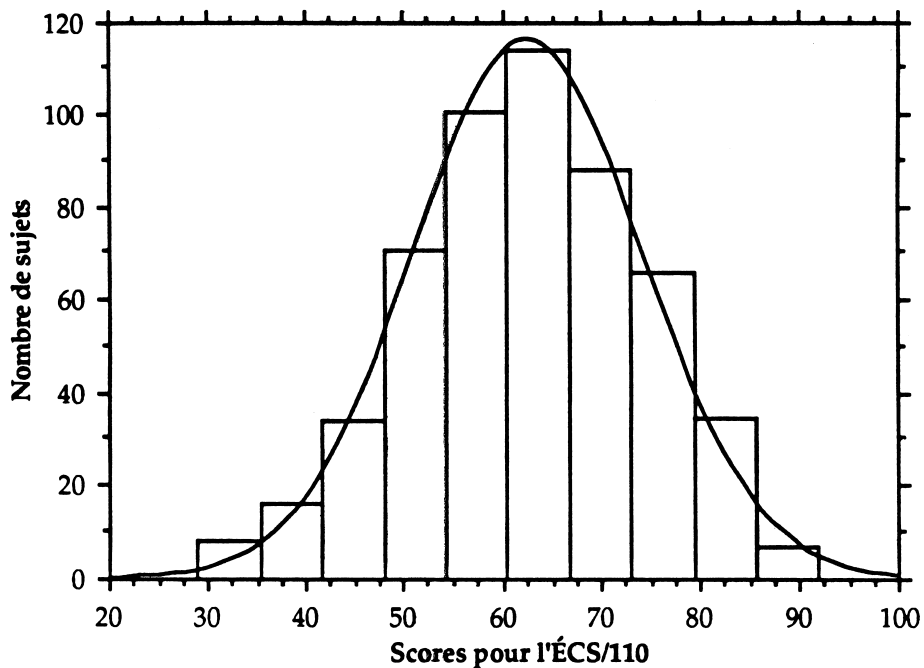


figure 2. Distribution des scores en réponse à l'ÉCS pour les étudiants du collégial.

La moyenne pour les sujets du cégep C1 est de 60,99 (é.t. = 13,01; étendue = 34-90; $\alpha = 0,87$), elle est de 63,38 (é.t. = 11,01; étendue = 33-92; $\alpha = 0,82$) pour les sujets du cégep C2, tandis qu'elle est de 62,81 (é.t. = 11,64; étendue = 29-92; $\alpha = 0,84$) pour ceux du cégep C3 (voir Tableau 3). Une analyse de la variance indique qu'il n'existe pas de différence statistique au niveau de la moyenne en réponse à l'ÉCS entre les sujets des trois collèges ($F = 1,44$; $dl = 2, 537$; $p = 0,2366$).

La moyenne obtenue par les femmes est de 63,96 (é.t. = 10,44; étendue = 33-92; $\alpha = 0,80$) alors qu'elle est de 61,26 (é.t. = 12,69; étendue = 29-90; $\alpha = 0,86$) pour les hommes (voir Tableau 4). Le test t de Student pour données indépendantes indique que ces deux moyennes sont statistiquement différentes ($t = 2,70$; $dl = 538$; $p = 0,0070$).

Tableau 3

Étudiants du collégial : les moyennes et les écarts types en réponse à l'ÉCS pour les sujets des trois collèges

Groupes	n	X	É.T.	F	dl
Cégep C1	103	60,99	13,01	1,44 *	2, 537
Cégep C2	188	63,38	11,01		
Cégep C3	249	62,81	11,49		
Total	540	62,66	11,64		

* $p = 0,2366$

Tableau 4

Étudiants du collégial : les moyennes et les écarts types en réponse à l'ÉCS pour les femmes et les hommes

Sexe	n	X	É.T.	t	dl
Femmes	280	63,96	10,44	2,70 *	538
Hommes	260	61,26	12,69		

* $p = 0,0070$

4.1.2 Les pourcentages pour les catégories de santé

Le Tableau 5 présente, pour l'ensemble des étudiants, les pourcentages de bonnes réponses dans chacune des 11 catégories de santé. Les pourcentages varient entre 44,5 % pour les items traitant des maladies chroniques à 69,4 % pour ceux qui ont trait à la nutrition. Les étudiants ont obtenu des

pourcentages inférieurs à 60 % pour les huit catégories de santé suivantes : les traumatismes et la sécurité, les maladies chroniques, les maladies transmissibles sexuellement et les maladies contagieuses; la consommation de produits et services en santé, la santé mentale, la sexualité, l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool, le vieillissement et la mort. Les pourcentages les plus élevés ont été observés pour les catégories de santé mesurant les connaissances dans les domaines de la nutrition, de l'activité physique et de la santé et l'environnement. Il est à noter que pour 7 des 11 catégories de santé, les étudiants ont obtenu des pourcentages de bonnes réponses variant entre 52,8 % et 58,8 %. La variation des scores est très mince considérant la nature hétérogène du test (110 items et 11 catégories de santé).

Tableau 5

Étudiants du collégial : pourcentages de bonnes réponses pour chacune des catégories de santé

Catégories de santé	Pourcentages de bonnes réponses
La nutrition	69,44 %
L'activité physique	65,44 %
La santé et l'environnement	63,50 %
La consommation en santé	58,94 %
Les traumatismes et la sécurité	57,63 %
Usage et/ou abus drogues et alcool	56,57 %
Le vieillissement et la mort	53,20 %
La sexualité	52,87 %
Les MTS et les maladies contagieuses	52,07 %
La santé mentale	50,59 %
Les maladies chroniques	44,50 %

4.2 LES ÉTUDIANTS DU COLLÉGIAL : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

4.2.1 Les connaissances en santé

Les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche suggèrent une certaine homogénéité sur le plan des connaissances en santé entre les 540 sujets provenant des trois collèges à l'étude; les moyennes calculées ne diffèrent pas statistiquement d'un collège à l'autre (C1 = 60,99, C2 = 63,3 et C3 = 62,81; $p = 0,2366$).

La moyenne de 62,66 sur 110 obtenue par les 540 sujets de l'échantillon des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial est comparable à celle de 62,28 (é.t. = 15,48) obtenue par Price, Higgins et Nicholson (1991) auprès d'un échantillon composé de 1 841 étudiants provenant de 14 collèges américains. Par ailleurs, elle est plus élevée que celle de 57,68 (é.t. = 13,68) obtenue par les mêmes chercheurs auprès de 697 étudiants américains de première année de collège (*freshmen*).

Les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche suggèrent que les femmes possèdent un niveau de connaissances en santé plus élevé que celui des hommes (63,96 *vs* 61,26; $p = 0,0070$). Il est à noter que ces résultats corroborent ceux obtenus par Price, Higgins et Nicholson (1991), alors que ces derniers ont calculé une moyenne de 64,47 (é.t. = 14,6) auprès de 1 056 femmes et de 57,99 (é.t. = 15,71) auprès de 667 hommes; comme dans le cas de la présente recherche, cette différence entre les femmes et les hommes est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Dans l'ensemble, les données obtenues dans le cadre de cette recherche révèlent des lacunes importantes quant au niveau de connaissances liées à l'ensemble des catégories de santé mesurées chez les nouveaux étudiants du collégial. Cette constatation va dans le même sens que les conclusions des études de Price, Higgins et Nicholson (1991), de Gaines (1984), de Weiler, Slipevich et Sarvala (1994) ainsi que de celle de Simoneau et Tardif (1994).

4.2.2 Les pourcentages pour les catégories de santé

Cette sous-section présente les résultats ainsi que l'analyse de chacune des 11 catégories de santé afin d'en dégager les éléments les plus pertinents. Les catégories de santé sont présentées dans un ordre décroissant en ce qui a trait aux pourcentages obtenus pour les bonnes réponses.

La nutrition. La moyenne de 69,4 % obtenue par les sujets de cet échantillon, pour ce qui est des connaissances relatives à la nutrition, est moins élevée que celle de 75 % calculée par Price, Higgins et Nicholson (1991) auprès de 1 841 étudiants. Dans le cas de cette présente recherche ainsi que de celle conduite par Price, Higgins et Nicholson, la nutrition est la catégorie de santé pour laquelle les étudiants ont le plus de succès. Cette performance pourrait être attribuée au fait que dès le primaire et le secondaire, les élèves sont initiés, sur une base informelle, aux divers concepts de base en nutrition et aux bonnes habitudes alimentaires. Elle pourrait aussi être attribuée aux diverses publicités qui touchent de près ou de loin la nutrition. Par contre, les interventions éducatives et la publicité apparaissent peu efficaces en ce qui concerne l'adoption de comportements alimentaires sains et le développement de compétences en nutrition chez les étudiants. En effet, des études ont démontré qu'il existe beaucoup de conceptions erronées sur la nutrition chez les élèves des ordres primaire (Signorielli et Lears, 1992) et secondaire (Perry-Hunnicut et Newman, 1993) et finalement, chez les étudiants de l'ordre collégial (Mitchell, 1990). De plus, Mitchell (1990) et Perry-Hunnicut et Newman (1993) ont démontré que des interventions éducatives formelles en nutrition, basées sur la simple transmission de connaissances, contribuaient peu à changer les habitudes alimentaires chez les étudiants. Ainsi, le contenu des interventions éducatives en nutrition doit aller au-delà des connaissances déclaratives; il doit aussi comporter une part de connaissances procédurales (comment) et conditionnelles (quand). L'équilibre de ces connaissances contribuerait significativement au développement de compétences en matière de gestion des habitudes alimentaires chez les étudiants.

De façon spécifique, il est à noter que la presque totalité (99,3 %) des sujets de cet échantillon considèrent que le fait de faire de l'exercice de façon

régulière et celui de réduire l'apport énergétique quotidien constituent les techniques d'amaigrissement les plus recommandées par les professionnels de la santé. Une bonne majorité (89,6 %) reconnaissent que les repas dits de *restauration rapide* tendent à être riches en calories, en matières grasses et en sel. Dans le même ordre d'idée, la majorité des sujets savent qu'un régime alimentaire pauvre en fer est susceptible de causer l'anémie (84,6 %) et qu'un régime végétarien strict peut être déficient en acides aminés essentiels (65,4 %). Soixante-quatre pour cent (64 %) des sujets reconnaissent que les graisses saturées provenant du régime alimentaire concourent à élever la concentration du cholestérol sérique; cependant, un bon nombre (21,1 %) attribuent ce fait aux graisses non saturées. En ce qui a trait aux nutriments énergétiques, il est à noter que seulement 40,2 % savent que les hydrates de carbone fournissent une grande part de l'énergie à l'organisme; plus de 24,1 % croient qu'ils produisent des hormones et des enzymes. Les sujets de cet échantillon (79,3 %) savent qu'une personne ayant un régime alimentaire équilibré n'a besoin d'aucun supplément vitaminique; cependant, 35,4 % croient que les vitamines C, E, ou K se retrouvent dans le lait enrichi et sont produites par le corps en réponse aux rayons ultraviolets. Pour terminer, il semble que les notions des sujets à l'égard des différents programmes diététiques soient lacunaires. En effet, seulement 37,8 % savent que le régime *Weight Watchers* constitue un programme diététique bien équilibré, par opposition à celui d'Atkins et à celui de Stillman, de même qu'à un régime à base de protéines liquides.

L'activité physique. La moyenne de 65,4 % obtenue par les sujets de cet échantillon concernant les connaissances relatives à la catégorie de santé *activité physique* est similaire à celle de 65 % calculée par Price, Higgins et Nicholson (1991) et Simoneau et Tardif (1994). La pratique de l'activité physique contribue à prévenir plusieurs problèmes de santé, notamment les maladie coronariennes. On lui attribue aussi comme autre bienfait de ralentir le processus dégénératif associé au vieillissement. Cependant, Bellerose, Lavallée et Camirand (1994) rapportent que seulement 22 % des hommes et 18 % des femmes du groupe d'âge de 25 à 44 ans sont actifs, c'est-à-dire qu'ils pratiquent des activités physiques de loisir trois fois par semaine ou plus, à raison de 20 à 30 minutes par séance.

Environ 73 % des sujets savent qu'il faut marcher ou faire du jogging sur place après un exercice intense et que le coeur d'une personne en très bonne condition physique bat plus lentement que celui d'une personne sédentaire. Les sujets de cette étude connaissent bien le concept *exercice aérobique*. En effet, plus de 93,1 % soulignent que les exercices de type aérobique forcent l'organisme à augmenter sa consommation d'oxygène et 76,1 % mentionnent que pour produire des effets signifiants sur la condition physique, des exercices aérobiques doivent être faits de 3 à 4 fois par semaine, en session de 20 à 30 minutes. Les connaissances des sujets en relation avec les stéroïdes anabolisants attirent l'attention. En effet, plus de 53,1 % des sujets croient que la condition connue sous le nom *d'ivresse du coureur* est associée aux stéroïdes; seulement 30,9 % savent qu'elle est effectivement associée à l'endorphine, une hormone produite par le cerveau, notamment lors de la pratique d'activités sportives.

La santé et l'environnement. La moyenne de 63,5 % des sujets de cet échantillon pour ce qui concerne les connaissances liées à la santé et l'environnement est comparable à celle de 63 % obtenue par les sujets évalués par Price, Higgins et Nicholson (1991). Certains résultats dans cette catégorie de santé indiquent que les jeunes sont informés des risques potentiels pour la santé qui émanent de leur environnement physique. En effet, un bon nombre (53,1 %) reconnaissent que la présence de pesticides dans l'environnement représente une source potentielle de danger pour la santé et qu'entre autres, ces produits peuvent avoir des effets néfastes sur le système nerveux de la personne. Un bon nombre (73,1 %) savent que les produits chimiques industriels constituent la principale menace pour la qualité de l'eau en Amérique du Nord; cependant, il y en a peu (42,6 %) qui savent que les égouts domestiques peuvent contaminer l'eau avec des micro-organismes pathogènes. En ce qui a trait à l'air ambiant, beaucoup de sujets (78,9 %) s'accordent sur le fait que les polluants atmosphériques affectent le système respiratoire en ralentissant l'activité des cils pulmonaires, ce qui amène une plus grande absorption de substances toxiques dans l'organisme. La plupart d'entre eux (80,9 %) identifient que le fait d'écouter sans arrêt de la musique forte avec des écouteurs concourt à la perte de l'ouïe et, dans une proportion de 67,4 %, ils reconnaissent que la cigarette est à l'origine de plus de la moitié des incendies

causant des victimes. Pour terminer, 85,9 % des sujets soulignent qu'il faut appeler au Centre anti-poisons du Québec le plus près si un enfant avale le contenu d'une bouteille de médicaments.

La consommation de produits et services en santé. La moyenne des sujets de cette recherche pour ce qui est des connaissances relatives à cette catégorie de santé se situe à 58,9 %, alors qu'elle est de 53 % pour les étudiants américains (voir Price, Higgins et Nicholson, 1991). Ainsi, les étudiants du collégial semblent mieux informés que les étudiants américains à l'égard des différents produits et services qu'il est possible de consommer sur le marché de la santé (médicaments en vente libre, médecine alternative, examens médicaux, etc.). Entre autres, concernant les médicaments, 71,7 % des sujets savent que le nom générique d'un médicament identifie son contenu chimique et 69,4 % savent que les analgésiques sont utilisés pour réduire la douleur; par contre, seulement 47,2 % sont au courant que l'acétominophène est inutile dans le traitement d'une inflammation. La presque totalité des sujets (90,6 %) savent qu'une mammographie est un examen médical servant au dépistage du cancer du sein, mais seulement 31,1 % identifient l'oncologue comme étant le spécialiste du traitement du cancer; plus de 42,6 % croient qu'il s'agit plutôt du pathologiste. Enfin, environ 46 % rapportent que le principal danger associé aux traitements donnés par des charlatans constitue la possibilité de retarder un traitement efficace et que les deux principales maladies qu'ils prétendent pouvoir guérir sont l'arthrite et le cancer.

Les traumatismes et la sécurité. Malgré la publicité et les diverses interventions éducatives qui concernent la sécurité et les premiers soins, il semble que les connaissances des étudiants de cet échantillon quant aux actions à suivre dans le cas de situations d'urgence soient lacunaires. De telles notions sont importantes, considérant que les jeunes de 15 à 24 ans sont les personnes qui présentent le plus fort taux de victimes blessées ou tuées dans les accidents routiers (Bellerose, Lavallée et Camirand, 1994; Blanchet, 1984; Robitaille, Choinière et Camirand, 1991). L'inexpérience ainsi que l'usage répandu de l'alcool et de la drogue au volant sont des facteurs fréquemment associés à ces accidents. L'utilisation de la bicyclette comme mode de transport chez cette population augmente aussi les facteurs de risque pour les accidents et les

traumatismes; le port du casque protecteur est une habitude à valoriser chez ceux-ci. Il serait donc important de sensibiliser les étudiants à des notions de premiers soins, au respect du code de la route, incluant la tolérance zéro à l'égard de la conduite sous l'influence de l'alcool, et finalement à la pertinence du port du casque protecteur lors de l'utilisation de la bicyclette.

En général, les étudiants savent bien ce qu'il faut faire lorsqu'une personne fait une hémorragie. En effet, plus de 83,4 % mentionnent qu'il faut appliquer des compresses froides sur la blessure et 60,4 % de ceux-ci rapportent qu'il faut élever la blessure et/ou exercer une pression directe sur la blessure et/ou exercer une pression sur l'artère qui amène le sang à la région blessée. Cependant, encore beaucoup trop de sujets croient que le fait de garrotter un membre constitue encore une procédure appropriée pour contrer une hémorragie; seulement la moitié des sujets (45,7 %) sont d'avis que cette option est une procédure utilisée en dernier recours dans le but de contrôler une hémorragie. Dans un autre ordre d'idée, en présence d'une personne inconsciente, seulement 50,2 % des sujets savent qu'il faut vérifier si ses voies respiratoires sont dégagées et si elle respire, alors que plus de 49,8 % croient qu'il faut plutôt palper son pouls, pratiquer la manoeuvre d'Heimlick ou entamer immédiatement des procédures de réanimation cardio-respiratoire. Finalement, s'ils devaient se brûler avec un fer chaud, 27,6 % des sujets couvriraient la blessure avec du beurre ou une autre graisse, avec des ouates trempées dans l'huile ou des gazes stériles trempées dans l'eau chaude. À cet item, il est intéressant de noter que plus de 72,4 % des sujets ont bien répondu en soulignant qu'ils plongeraient la blessure dans l'eau froide.

L'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool. La moyenne de 56,7 % obtenue par les sujets de cet échantillon pour les connaissances relativement à l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool est moins élevée que celle de 63 % obtenue par ceux de Price, Higgins et Nicholson. Cependant, il est à noter que cette catégorie de santé mérite d'attirer l'attention. En effet, il appert que la consommation de drogues illégales est en hausse au Québec et qu'elle touche des usagers de plus en plus jeunes. Selon Bellerose, Lavallée et Camirand (1994), près du quart (27 %) des jeunes Québécois de 15 à 24 ans déclarent avoir consommé de la drogue, mais la moitié de ces consommateurs mentionnent

ne prendre que de la marijuana (cannabis et ses dérivés). Tous s'accordent à reconnaître les méfaits associés à la consommation abusive d'alcool (santé, accidents de la route, violence, etc.). Cependant, Bellerose, Lavallée et Camirand (1994) soulignent que 79 % des Québécois de plus de 15 ans déclarent consommer de l'alcool de façon régulière ou occasionnelle; la proportion des buveurs grimpe à près de 90 % chez les 20-24 ans et se maintient à ce niveau chez les 25-44 ans; la proportion de buveurs est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (84 % *vs* 75 %). Enfin, la consommation des produits du tabac demeure encore une pratique populaire auprès des jeunes et elle tend à augmenter avec l'âge. C'est avant l'âge de 20 ans que la plupart des fumeurs réguliers (81 %) commencent à fumer. Bellerose, Lavallée et Camirand (1994) rapportent qu'un jeune sur cinq (21 %) du groupe d'âge 15-17 ans fume la cigarette tous les jours. Il y en a un sur quatre (27 %) chez les 18-19 ans et près de un sur trois (32 %) chez les 20-24 ans.

Il est intéressant de constater que les sujets de cet échantillon reconnaissent les effets synergiques du tabac et des contraceptifs oraux sur le système circulatoire. En effet, 57,2 % soulignent que le risque d'être atteint de maladies du coeur est plus élevé chez les femmes qui fument et qui prennent des contraceptifs oraux. Cependant, un peu moins de la moitié (41,1 %) déclarent que la femme qui fait usage de la cigarette lors de sa grossesse augmente le risque d'avoir un bébé qui sera plus petit à la naissance; un bon nombre d'entre eux (36,5 %) croient qu'il subira d'emblée des lésions neurologiques. L'intoxication aiguë à l'alcool est une condition sérieuse qui mérite d'attirer l'attention : 78,3 % des sujets savent qu'il faut faire appel à l'urgence médicale lorsqu'une personne se retrouve dans un tel état, tandis que seulement 12,8 % croient encore qu'il faut la forcer à vomir. Il est intéressant de souligner que plus de la moitié des sujets (53,3 %) déclarent que le fait de combiner la consommation de médicaments comme les barbituriques à celle de l'alcool peut s'avérer dangereux au point de causer la mort. Toujours dans le même ordre d'idée, 75,2 % soulignent que la consommation d'alcool ne concourt pas à augmenter la performance sexuelle. En ce qui a trait aux drogues illégales, une forte majorité des sujets savent que le hachish est un dérivé de la marijuana (81,7 %), mais bon nombre d'entre eux croient que le principal ingrédient psychoactif que l'on retrouve dans cette drogue est soit la

méthamphétamine (38,8 %), soit le LSD (14,3 %), soit le peyotl (14,3 %), alors qu'il s'agit plutôt du THC. Finalement, 73,1 % mentionnent que le LSD, la mescaline et la psilocybine sont classés comme étant des hallucinogènes, mais seulement la moitié (50,9 %) associent le *crack* à la cocaïne, alors que plus du quart (26,7 %) croient que cette drogue est du PCP.

Le vieillissement et la mort. Toujours au chapitre des comparaisons, les connaissances des sujets de cet échantillon et celles des étudiants américains sur les aspects du vieillissement et de la mort sont pratiquement du même niveau (53,2 % vs 52 %). En ce qui a trait aux connaissances relatives au vieillissement, les sujets de cet échantillon croient à tort que la plupart des personnes âgées ont des caractéristiques semblables (39,1 %), qu'elles vivent au seuil de la pauvreté ou en deçà (22,2 %) et qu'elles seront un jour ou l'autre victimes d'un acte criminel (14,4 %). Seulement le quart des sujets (24,3 %) reconnaissent que les personnes âgées sont toujours intéressées par le sexe. Il est à noter que la moitié (57,2 %) connaissent suffisamment la maladie d'Alzheimer pour souligner qu'elle n'est pas causée par le processus d'athérosclérose. Soixante-deux pour cent (62,0 %) des sujets savent que face à la mort, l'attitude la plus commune en Amérique du Nord est décrite comme étant le refus de la mort; une bonne proportion des répondants (26,3 %) croient qu'il s'agit plutôt de l'acceptation de la mort. Plus du quart des sujets (28,9 %) savent que le patient qui est sur le point de mourir ne devrait pas être séparé de façon systématique des autres patients durant la phase terminale, et un bon nombre (60,6 %) croient que les médecins et le personnel infirmier parlent facilement des besoins des patients en phase terminale. Enfin, la presque totalité des sujets (82,4 %) s'accordent sur le fait qu'en Amérique du Nord, il est illégal de pratiquer l'euthanasie active.

La sexualité. La moyenne de 52,8 % obtenue pour les connaissances ayant trait aux différents éléments relatifs à la sexualité semble un peu faible, considérant le fait que les sujets de cet échantillon sont à l'âge des premiers rapports intimes. Il est toutefois à noter que cette donnée se compare à celle des sujets américains pour la même catégorie de santé (52,8 % vs 53 %). Pour ce qui est des surprises, seulement 39,3 % des sujets de cet échantillon soulignent qu'il faut procéder à l'auto-examen des seins et des testicules une fois par mois; près

du tiers (29,6 %) mentionnent que cet examen doit être fait une fois par année. Moins de la moitié (43,7 %) des sujets savent que la fécondation se produit dans les trompes de Fallope alors que 39,3 % croient qu'elle se fait plutôt dans l'utérus. Un bon nombre de sujets (60,9 %) soulignent que les recherches contemporaines indiquent qu'il n'existe aucune cause pour expliquer l'homosexualité. Cependant, certains (20,6 %) attribuent cette orientation sexuelle à une dysfonction hormonale, tandis que d'autres (10,9 %) l'attribuent à une mauvaise relation avec les parents.

Les maladies transmissibles sexuellement et les maladies contagieuses. Les sujets de cet échantillon ont échoué à la moitié (52,0 %) des items traitant des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et des maladies contagieuses. Cette donnée est surprenante, considérant le fait qu'ils font partie du groupe d'âge le plus à risque pour une variété de MTS (Bellerose, Lavallée et Camirand, 1994; Déry, Drapeau et Duchesneau, 1992; Dorman et Rienzo, 1988; Heck Callahan et Pinch, 1990; Manning Thompson, Barenberg, Gallese et Rice, 1989; M.S.S.S., 1992; Taylor-Nicholson, Wang et Adame, 1989). Cependant, les sujets de cet échantillon semblent connaître la différence qui existe entre le concept du virus d'immunodéficience humaine (VIH) et celui du SIDA. En effet, 78,0 % soulignent qu'un examen positif au virus d'immunodéficience humaine (VIH) signifie qu'une personne est probablement porteuse du VIH, mais qu'elle peut ou non développer le SIDA. Dans le même ordre d'idée, 83,5 % rapportent qu'un examen de dépistage négatif pour le VIH signifie que la personne n'a sûrement pas été contaminée par le virus. Il est à noter que les notions liées au concept de virus sont prépondérantes à la bonne compréhension de la dynamique de la transmission du VIH; cependant, seulement une très faible proportion des sujets (15,6 %) savent que les virus, comme dans le cas du VIH, utilisent le système reproducteur de la cellule pour se régénérer. Toujours au chapitre des MTS, 54,7 % des sujets savent que la gonorrhée est difficile à soigner aujourd'hui parce que des souches de bactéries résistantes à la pénicilline se sont développées; plus du tiers (33,7 %) croient qu'elle est difficile à guérir parce qu'elle est compliquée à détecter. Enfin, 74,1 % des sujets mentionnent que les antibiotiques sont efficaces pour traiter les maladies causées par les virus; seulement 22 % savent qu'ils sont plutôt

destinés au traitement des maladies causées par des bactéries et des champignons.

La santé mentale. Les problèmes de santé mentale représentent environ le quart des dépenses pour la santé chez les jeunes de 15 à 24 ans et plusieurs auteurs ont souligné l'importance des tentatives et le taux de suicide chez les jeunes de ce groupe d'âge (Bédard et Labrèche-Gauthier, 1992; Bellerose, Lavallée et Camirand, 1994; Blanchet, 1984; Clouâtre, 1987; de Man, Leduc et Labrèche-Gauthier, 1993; Labrèche-Gauthier, 1992; Roscoe et Skomski, 1989). Bellerose, Lavallée et Camirand (1994) soulignent que le suicide est l'une des premières causes de mortalité prématurée au Québec et que l'âge critique des idéations suicidaires se situe entre 18 et 24 ans. À ce sujet, dans une étude traitant de la santé mentale chez des cégépiens, Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984) rapportent que 21,2 % de ces étudiants ont sérieusement songé au suicide à un moment dans leur vie. Les résultats de plusieurs recherches (Bédard et Labrèche-Gauthier, 1992; Charron, 1981; de Man, Leduc et Labrèche-Gauthier, 1993; Roscoe et Skomski, 1989; Young, 1985) suggèrent que des facteurs comme l'absence de relations significatives, l'isolement et l'épuisement scolaire concourent à l'idéation suicidaire et au suicide chez les jeunes âgés de 18 à 24 ans.

Malgré toutes ces informations, il faut souligner que les sujets de cet échantillon ont échoué à la moitié (50,6 %) des items relatifs à la catégorie *santé mentale*. Cependant, une bonne proportion des sujets (82,8 %) savent qu'il faut être à l'écoute d'une personne dépressive et ne pas porter de jugements lorsqu'on lui vient en aide; cependant, 10,4 % croient encore qu'il faut *essayer de lui remonter le moral*. En ce qui a trait aux différents mécanismes de défense du Moi, plus de la moitié des sujets soulignent que la projection consiste à attribuer ses pensées ou ses actions indésirables à une autre personne (56,7 %) et que le refoulement concourt au rejet conscient de ses pensées ou de ses sentiments douloureux (72,6 %). Dans une proportion de 55,4 % les sujets croient que les maladies psychosomatiques résultent de troubles psychologiques qui entraînent des dysfonctions au plan physique; près du quart (23,3 %) croient qu'il s'agit plutôt de réactions névrotiques. Enfin, dans un même ordre d'idée, seulement 43,1 % mentionnent que l'effet placebo à la guérison résulte de la

croissance d'une personne en des traitements qui n'ont aucune valeur médicale alors que 26,5 % croient qu'une telle guérison est attribuée au charlatanisme.

Les maladies chroniques. Il a été souligné que les étudiants n'établissent peut-être pas les relations entre le style de vie et les risques potentiels de maladies chroniques à la période du climatère (Simoneau et Tardif, 1994). Le tabagisme, l'obésité, le sédentarisme, l'hypercholestérolémie, l'exposition non protégée au soleil et la consommation abusive d'alcool sont tous des facteurs qui concourent à accroître les risques de maladies cardiovasculaires et de cancer (Addis, 1990; Bellerose, Lavallée et Camirand, 1994; Blanchet, 1984; Insell et Roth, 1991; Tamragoury, Martin, Cleavenger et Sieber Jr., 1986). Considérant ces informations, il s'avère étonnant que la moyenne obtenue pour cette catégorie de santé soit aussi peu élevée, soit 44,5 %; cette moyenne ne se compare pas à celle de 54 % obtenue par les étudiants américains dans le cadre de l'étude de Price, Higgins et Nicholson (1991).

Sur une note positive, il est à souligner que 72,4 % des sujets associent l'ostéoporose à une déficience en calcium et que 66,1 % mentionnent que la crise cardiaque est connue comme étant l'infarctus du myocarde. En ce qui concerne les connaissances relatives au cancer, 61,3 % des sujets soulignent que le cancer du sein pourrait être héréditaire. Toutefois, dans une proportion de 47,8 %, les sujets croient que le cancer du sein est le plus commun et le plus curable alors qu'il s'agit plutôt du cancer de la peau. Seulement le tiers (33,1 %) des sujets savent qu'un régime alimentaire riche en graisses et pauvre en fibres concourt au développement de plusieurs formes de cancer. Pour les connaissances qui ont trait au diabète, moins de la moitié des sujets (47,2 %) savent que ce problème prioritaire de santé implique le mauvais fonctionnement du pancréas. Certains (24,4 %) croient que ce problème de santé est lié au mauvais fonctionnement des glandes surrénales, alors que d'autres (18,0 %) croient qu'il s'agit plutôt d'une dysfonction de la glande thyroïde. Enfin, 42,0 % des sujets savent que les personnes souffrant d'obésité sont à risque de développer le diabète; cependant, une bonne proportion (33,9 %) croient qu'il s'agit plutôt des gens ayant un régime alimentaire riche en hydrates de carbone simple.

4.3 LES ÉTUDIANTS DIPLÔMÉS DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES PROFESSIONNELS DES MILIEUX DE L'ÉDUCATION ET DE LA SANTÉ

L'échantillon des étudiants diplômés du domaine de la santé et des professionnels des milieux de l'éducation et de la santé est composé de 100 sujets qui se répartissent dans cinq cohortes distinctes. Des 100 sujets, 72 sont des femmes et 28 des hommes. L'âge chronologique moyen pour tous ces sujets se situe à 27,76 ans (é.t. = 10,18; étendue = 19-58). Les 60 sujets de la cohorte 1 (X = 22,1 ans; é.t. = 4,8) sont des étudiants finissants au collégial dans quatre programmes de formation technique en santé. La cohorte 2 est constituée de 10 étudiants (X = 26,6 ans; é.t. = 7,9) inscrits dans un programme de deuxième cycle en santé communautaire dans une faculté de médecine d'une université québécoise; il est à noter que ces étudiants ne possédaient pas tous une formation universitaire de premier cycle dans un domaine touchant la santé. La cohorte 3 est constituée de 10 enseignants de collège (X = 46,6 ans; é.t. = 7,4) qui ne dispensent pas de cours dans des domaines touchant directement les sciences biologiques ou la santé. Les sujets de la cohorte 4 sont 10 professionnels de la santé (X = 31,9 ans; é.t. = 4,6) qui oeuvrent dans des hôpitaux ou des services de santé auxiliaires; ils sont tous des diplômés de premier cycle universitaire dans des domaines qui touchent directement la santé (ex. biotechnologiste, infirmière bachelière, nutritionniste, pharmacien, physiothérapeute). Enfin, la cohorte 5 est constituée de 10 omnipraticiens (X = 39,9 ans; é.t. = 7,7) qui exercent activement la médecine de famille.

4.3.1 Les connaissances en santé

La moyenne obtenue par les 100 sujets en réponse à l'ÉCS se situe à 83,67 (sur 110), l'écart-type est de 9,16 et l'étendue pour les scores varie entre 59 et 103. La médiane se situe à 83,0, alors que le score 78,0 est le mode. L'estimé du coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le test s'élève à 0,80. La figure 3 à la page suivante illustre la distribution des scores pour l'ÉCS obtenus par la centaine de sujets.

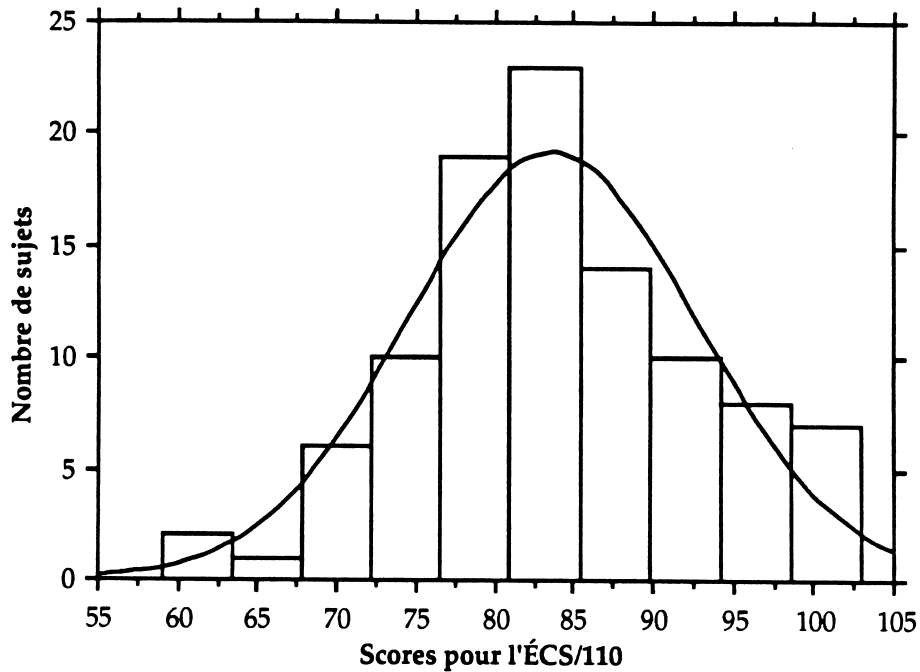


figure 3. Distribution des scores en réponse à l'ÉCS pour les sujets des cinq cohortes.

Le Tableau 6 décrit la moyenne et l'écart-type obtenus par les sujets de chacune des cinq cohortes. La moyenne obtenue par ceux de la cohorte 1 s'élève à 82,10 (é.t. = 7,50; étendue = 62-99; $\alpha = 0,72$). Elle est de 79,10 (é.t. = 6,28; étendue = 68-88; $\alpha = 0,53$) pour les sujets de la cohorte 2 et de 76,40 (é.t. = 8,84; étendue = 59-87; $\alpha = 0,77$) pour ceux de la cohorte 3. Les sujets de la cohorte 4 ont obtenu une moyenne de 89,30 (é.t. = 4,34; étendue = 84-98; $\alpha = 0,35$) et, finalement, celle des sujets de la cohorte 5 se situe à 99,30 (é.t. = 3,12; étendue = 94-103; $\alpha = 0,10$). Une analyse de la variance indique qu'il existe des différences statistiques au niveau de la moyenne en réponse à l'ÉCS entre les sujets des cinq cohortes ($F = 18,56$; $dl = 4, 95$; $p < 0,0001$). Le Tableau 7 fait état des comparaisons multiples (test PLSD de Fisher) pour les moyennes obtenues en réponse à l'ÉCS par les sujets de chacune des cinq cohortes.

Tableau 6

Sujets des cohortes : les moyennes et les écarts types en réponse à l'ÉCS

Groupes	n	X	É.T.	F	dl
Cohorte 1	60	82,19	7,52	18,56 *	4, 95
Cohorte 2	10	79,10	6,28		
Cohorte 3	10	76,40	8,84		
Cohorte 4	10	89,30	4,37		
Cohorte 5	10	99,30	3,12		
Total	100	83,67	9,16		

* $p < 0,0001$

Tableau 7

Sujets des cohortes : test de comparaisons multiples PLSD de Fisher pour les moyennes en réponse à l'ÉCS

Cohortes	Différence calculée	Valeur critique	p
1 = 2	3,00	4,75	0,2130
1 > 3	5,70	4,75	0,0192
1 < 4	-7,20	4,75	0,0034
1 < 5	-17,20	4,75	< 0,0001
2 = 3	2,70	6,22	0,3910
2 < 4	-10,20	6,22	0,0016
2 < 5	-20,20	6,22	< 0,0001
3 < 4	-12,90	6,22	< 0,0001
3 < 5	-22,90	6,22	< 0,0001
4 < 5	-10,00	6,22	0,0019

Le Tableau 8 décrit la moyenne et l'écart-type obtenus par les hommes et les femmes de cet échantillon. La moyenne obtenue par les femmes se situe à 82,66 (é.t. = 9,05) alors qu'elle est de 86,25 (9,09) pour les hommes. Le test *t* de Student pour données indépendantes indique qu'il n'existe pas de différence significative dans ces moyennes entre les femmes et les hommes ($t = - 1,775$; $dl = 98$; $p = 0,0790$).

Tableau 8

Sujets des cohortes : les moyennes et les écarts types en réponse à l'ÉCS pour les femmes et les hommes

Sexe	n	X	É.T.	t	dl
Femmes	72	82,66	9,05	- 1,775 *	98
Hommes	28	86,25	9,09		

* $p = 0,0790$

4.3.2 Pourcentages pour les catégories de santé

Les pourcentages de bonnes réponses par catégorie de santé pour les 100 sujets de cet échantillon varient entre 66,4 % pour les items traitant des maladies chroniques et 87,7 % pour ceux reliés à la nutrition. Il est à noter que les pourcentages de bonnes réponses se situent entre 70 et 80 pour cent pour les neuf des 11 catégories de santé suivantes : la sexualité (70,0 %); le vieillissement et la mort (72,8 %); l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool (75,4 %); la santé mentale (75,6 %); les maladies transmissibles sexuellement et les maladies contagieuses (75,8 %); l'activité physique (77,4 %); les traumatismes et la sécurité (78,2 %); la consommation de produits et services en santé (78,2 %); et, enfin, la santé et l'environnement (78,3 %). Le Tableau 9 rapporte les pourcentages spécifiques obtenus par les sujets de chacune des cinq cohortes ainsi que le pourcentage moyen pour les 100 sujets de cet échantillon.

Tableau 9

Sujets des cohortes : pourcentages de bonnes réponses pour chacune des catégories de santé

Catégories de santé	Cohorte 1 n = 60	Cohorte 2 n = 10	Cohorte 3 n = 10	Cohorte 4 n = 10	Cohorte 5 n = 10	Total n = 100
Nutrition	86,2 %	86,0 %	85,0 %	98,0 %	93,0 %	87,9 %
Santé et environnement	80,0 %	66,0 %	64,0 %	87,0 %	86,0 %	78,3 %
Traumatismes et sécurité	78,3 %	76,0 %	60,0 %	84,0 %	92,0 %	78,2 %
Consommation en santé	75,7 %	71,0 %	75,0 %	88,0 %	94,0 %	78,2 %
Activité physique	77,3 %	70,0 %	75,0 %	84,0 %	81,0 %	77,4 %
MTS et contagieuses	78,0 %	64,0 %	68,0 %	73,0 %	85,0 %	75,8 %
Santé mentale	73,7 %	75,0 %	70,0 %	77,0 %	92,0 %	75,6 %
Drogues et alcool	72,3 %	77,0 %	75,0 %	76,0 %	92,0 %	75,4 %
Viellissement et mort	70,7 %	76,0 %	58,0 %	76,0 %	94,0 %	72,8 %
Sexualité	67,0 %	62,0 %	69,0 %	73,0 %	94,0 %	70,0 %
Maladies chroniques	62,7 %	66,0 %	70,0 %	73,0 %	79,0 %	66,4 %

4.4 LES ÉTUDIANTS DIPLÔMÉS DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES PROFESSIONNELS DES MILIEUX DE L'ÉDUCATION ET DE LA SANTÉ : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

4.4.1 Les connaissances en santé

La moyenne de 82,10 (sur 110) des 60 sujets de la cohorte 1, les étudiants finissants dans les techniques de la santé, se compare à celle de 79,1 obtenue auprès des 10 sujets de la cohorte 2, soit les étudiants d'un programme de deuxième cycle en santé communautaire dans une faculté de médecine d'une université québécoise. Cependant, il faut souligner que les sujets de cette cohorte n'avaient pas nécessairement une formation de base en santé; entre autres, certains étaient psychologues et d'autres orthopédagogues; dans ce cas, il apparaît donc prudent de ne pas généraliser ces résultats. Par contre, la moyenne des sujets de la cohorte 1 est plus élevée que celle obtenue par ceux de la cohorte 3, soit les professeurs de collège qui ne dispensent pas de cours dans

des disciplines touchant la santé (82,10 vs 76,40). Ce résultat pourrait être attribué à la spécificité des connaissances dispensées dans le cadre des programmes de formation technique en santé. Il est à noter que la moyenne des sujets de la cohorte 1 se compare à celle calculée par Price, Higgins et Nicholson (1991) auprès d'un échantillon de 52 professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé publique aux États-Unis (82,10 vs 81,31).

Les résultats obtenus auprès des sujets des cohortes 1, 4 et 5 suggèrent que les connaissances en santé augmentent de façon concomitante avec le niveau d'implication dans le domaine de la santé (voir le Tableau 10). En effet, la moyenne des finissants en techniques de la santé (cohorte 1) est de 82,10, elle est de 89,30 pour les professionnels de la santé (cohorte 4) et, finalement, elle se situe à 99,30 pour les omnipraticiens (cohorte 5). Une analyse de la variance indique que ces moyennes sont toutes différentes les unes des autres ($F = 29,19$; $df = 2, 77$; $p < 0,0001$). Ces résultats se comparent à ceux publiés par Nicholson, Price et Higgins (1990). Ils ont obtenu une moyenne de 99,75 auprès de 8 résidents en médecine de famille; de 86,41 auprès de 66 étudiants diplômés et sous diplômés du domaine de la santé; de 81,31 auprès de 52 agents en santé publique et de 61,0 auprès de 30 étudiants suivant un cours en santé personnelle.

4.4.2 Les pourcentages pour les catégories de santé

Pour ce qui est des pourcentages pour les 11 catégories de santé obtenus par les sujets des différentes cohortes de cet échantillon, il appert que la catégorie de connaissances ayant trait à la nutrition est celle qui obtient toujours le plus de succès. À l'inverse, la catégorie pour les connaissances liées aux maladies chroniques est celle pour laquelle les succès sont les plus faibles. On retrouve au Tableau 11 les pourcentages pour les 11 catégories de santé obtenus par trois échantillons différents : les étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial évalués dans le cadre de cette recherche; les étudiants à l'ordre collégial provenant de 14 collèges américains; et, enfin, les étudiants diplômés du domaine de la santé et les professionnels des milieux de l'éducation et de la santé.

Tableau 10
Scores pour l'ÉCS chez des sujets de différents groupes

Groupes	n	X	É.T.
Omnipraticiens (cohorte 5)	10	99,30	3,12
Professionnels de la santé (cohorte 4)	10	89,30	4,37
Étudiants finissants en techniques de la santé (cohorte 1)	60	82,19	7,52
Étudiants diplômés du domaine de la santé et professionnels des milieux de l'éducation et de la santé (cohortes 1, 2, 3, 4, 5)	100	83,67	9,16
Étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial	540	62,66	11,64
Étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial, aux É.-U. (Price, Higgins et Nicholson, 1991)	697	57,68	13,68

Tableau 11
Pourcentages pour les catégories de santé chez des sujets de différents groupes

Catégories de santé	Étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial *	Étudiants à l'ordre collégial aux États-Unis**	Étudiants diplômés du domaine de la santé et professionnels des milieux de l'éducation et de la santé ***
Nutrition	69,4 %	75 %	87,9 %
Activité physique	65,4 %	65 %	77,4 %
Santé et environnement	63,5 %	63 %	78,3 %
Consommation en santé	58,9 %	53 %	78,2 %
Traumatismes et sécurité	57,6 %	63 %	78,2 %
Drogues et alcool	56,6 %	63 %	75,4 %
Vieillesse et mort	53,2 %	52 %	72,8 %
Sexualité	52,9 %	53 %	70,0 %
MTS et contagieuses	52,1 %	46 %	78,8 %
Santé mentale	50,6 %	53 %	75,6 %
Maladies chroniques	44,5 %	54 %	66,4 %

* Simoneau (1995);

** Price, Higgins et Nicholson (1991);

*** Simoneau (1995)

4.4 COMPARAISON DES SCORES POUR L'ÉCS ENTRE LES SUJETS DE L'ÉCHANTILLON DES ÉTUDIANTS DU COLLÉGIAL ET CEUX DE L'ÉCHANTILLON DES ÉTUDIANTS DIPLÔMÉS DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES PROFESSIONNELS DES MILIEUX DE L'ÉDUCATION ET DE LA SANTÉ

Le deuxième objectif de cette recherche vise à comparer les connaissances en santé des étudiants du collégial à celles d'étudiants diplômés du domaine de la santé et de professionnels des milieux de l'éducation et de la

santé. Cette comparaison se fait au niveau de la moyenne obtenue en réponse à l'ÉCS. Cette moyenne se situe à 62,66 (sur 110) pour les étudiants de collège alors qu'elle s'élève à 83,67 pour les étudiants diplômés du domaine de la santé et les professionnels (voir Tableau 12). Le test *t* de Student pour données indépendantes indique que ces deux moyennes sont significativement différentes ($t = -17,07$; $dl = 638$; $p < 0,0001$). Les résultats de cette analyse suggèrent donc que les connaissances en santé, telles que mesurées par l'ÉCS, augmentent avec le niveau d'expertise atteint à cette dimension. Ainsi, il y aurait lieu de croire que des interventions éducatives en santé pourraient concourir à augmenter le niveau des connaissances en santé chez les étudiants et à contribuer au développement des compétences en matière de gestion de la santé.

Tableau 12

Comparaison des moyennes pour l'ÉCS entre les sujets des deux échantillons

Échantillon	n	X	É.T.	<i>t</i>	<i>dl</i>
Étudiants	540	62,66	11,64	- 17,07 *	638
Professionnels	100	83,67	9,16		

* $p < 0,0001$

CHAPITRE V

**Le modèle pédagogique pour l'enseignement
des notions en santé d'Insel et Roth (1990)**

Le troisième objectif de la recherche sur *l'état des connaissances en santé* vise à «proposer certains éléments d'un programme d'éducation pour la santé qui serviraient de prémisses à une nouvelle éducation pour la santé à l'ordre d'enseignement collégial». Le chapitre V présente un modèle pédagogique qui promulgue le développement des compétences en santé chez l'étudiant; il s'agit du modèle *Core Concepts in Health* élaboré et développé par Paul M. Insel et Walton W. Roth de l'Université Stanford en Californie. Il propose aussi l'application de ce modèle à l'ordre d'enseignement collégial, en ce qui a trait à la formation en éducation physique.

5.1 UN MODÈLE PÉDAGOGIQUE POUR L'ENSEIGNEMENT DES NOTIONS EN SANTÉ À L'ORDRE COLLÉGIAL

Le modèle *Core Concepts in Health* (Insel et Roth, 1991) est un modèle pédagogique qui promulgue le développement des compétences en santé. Selon Higgins, Nicholson, Price et Case (1992), ce modèle est utilisé pour l'enseignement des notions en santé dans plusieurs collèges américains. Les caractéristiques de ce modèle d'enseignement favorisent la réception, l'intégration et l'exploitation optimale de diverses informations en santé. Ce modèle vise essentiellement à développer, chez l'étudiant, des habiletés qui lui permettent d'utiliser concrètement les concepts en santé et des capacités utiles à la résolution de problèmes en matière de gestion de la santé. D'une part, l'étudiant apprend à structurer ses nouvelles connaissances en santé et, d'autre part, il apprend à les utiliser stratégiquement afin d'optimiser sa propre santé.

Le modèle *Core Concepts in Health* a été élaboré spécifiquement en fonction des interventions en éducation pour la santé à l'ordre d'enseignement collégial américain, et tout porte à croire qu'il peut être appliqué dans le cadre des enseignements en santé dans les cégeps du Québec. Ce modèle est fortement influencé par les principes de base liés à la psychologie cognitive (voir à ce sujet : Anderson, 1990; Jones, Palincsar, Ogle et Carr, 1987; Tardif, 1992). Le cadre conceptuel de ce modèle est constructiviste et on y retrouve les principes sous-jacents suivants : l'interactivité, la contextualisation et la construction guidée (Tardif, Désilets, Paradis et Lachiver, 1992).

Par l'intermédiaire de ce modèle, les connaissances en santé se construisent graduellement et concourent au développement de compétences en matière de gestion de la santé. Comme le soulignent Tardif, Désilets, Paradis et Lachiver (1992), le développement de compétences n'est possible que si les connaissances font l'objet de pratiques et de rétroactions informatives fréquentes, soit dans le contexte de la classe, soit dans le contexte de laboratoires ou de stages. Les stratégies éducatives du modèle *Core Concepts in Health* concourent à contextualiser les connaissances; en conséquence, celles-ci se revêtent d'un sens et elles servent d'outils à l'étudiant dans la construction de ses compétences en matière de gestion de la santé. Ainsi, selon la perspective de la psychologie cognitive et, plus particulièrement, du paradigme de l'apprentissage contextualisé (Lave et Wenger, 1991), on pourrait croire que le développement des compétences ne peut être possible sans une application concrète de l'ensemble des connaissances.

L'efficacité du modèle d'Insel et Roth repose principalement sur la participation active de l'étudiant dans son processus d'apprentissage ainsi que sur l'application concrète de ses connaissances dans le cadre de sa vie de tous les jours. Par conséquent, ces actions concourent au montage et au développement de ses compétences en matière de gestion de sa santé. Le modèle *Core Concepts in Health* propose certainement un cadre conceptuel novateur, qui permet d'élaborer des stratégies d'interventions significatives et pertinentes en éducation pour la santé.

5.1.1 Le modèle pédagogique : application à l'éducation pour la santé au collégial

Le modèle *Core Concepts in Health* vise l'utilisation concrète par l'étudiant des différents concepts liés à la santé dans des contextes de résolution de problèmes. Une telle perspective implique sa participation active en ce qui a trait à la prise en charge de sa santé ainsi qu'une application quotidienne de ses compétences pour en arriver à optimiser sa condition de vie.

Les indications qui se trouvent dans différents documents publiés récemment et décrivant les orientations à donner à la formation collégiale en

éducation physique sont tout à fait compatibles avec ces visées. Entre autres, les intentions éducatives en éducation physique (DGEC, 1993) spécifient que :

«L'Éducation physique obligatoire à l'enseignement collégial est centrée sur les éléments de formation favorisant chez l'élève la capacité de prendre en charge sa condition physique de façon autonome et responsable. Dans cette perspective, un accent particulier est mis sur la relation entre les habitudes de vie et la santé, et sur l'exploration de diverses activités physiques pouvant être pratiquées par l'élève à court et à long terme (DGEC, 1993, p. 45).»

Il est à noter que selon cette perspective, l'accent est mis sur les savoirs cognitifs et que la part théorique de l'enseignement est significative.

De plus, lors d'un symposium sur l'activité physique tenu le 22 avril 1995 au Cégep de Sainte-Foy, cinq balises ont été définies afin de guider la formation dans cette discipline. La Balise 4 du document de travail de ce symposium souligne qu'il faut tenir compte des caractéristiques intrinsèques relatives à une compétence avant de la transmettre. Selon ce texte, une compétence doit : a) être une cible qui favorise l'intégration des habiletés et des connaissances affectives, cognitives et psychomotrices reliées à l'objet de compétence, b) constituer une cible permettant aux étudiants de résoudre un ensemble de problèmes de vie actuels ou éventuels et c) développer des capacités de traiter ces problèmes de façon autonome, allant de l'identification du problème jusqu'à sa résolution.

Ces orientations permettent de concevoir que le modèle d'Insel et Roth (1990) est tout à fait applicable à la formation en éducation physique, car celle-ci s'inscrit d'emblée dans un cadre d'éducation pour la santé.

5.2 LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Insel et Roth poursuivent trois objectifs lorsque vient le temps d'élaborer et de développer des interventions éducatives en éducation pour la santé. Ces objectifs sont les suivants : (a) présenter à l'étudiant, dans un format accessible, des informations scientifiques rigoureuses, pertinentes et actualisées au regard des problèmes prioritaires de santé qu'il est susceptible de vivre lors de son passage au collégial; (b) développer, chez l'étudiant, des compétences et des habiletés qui lui permettent de gérer sa propre santé, et enfin, (c) amener

l'étudiant à s'impliquer dans le processus de prise en charge de sa santé (figure 4). Voici quelques détails concernant chacun des trois objectifs.

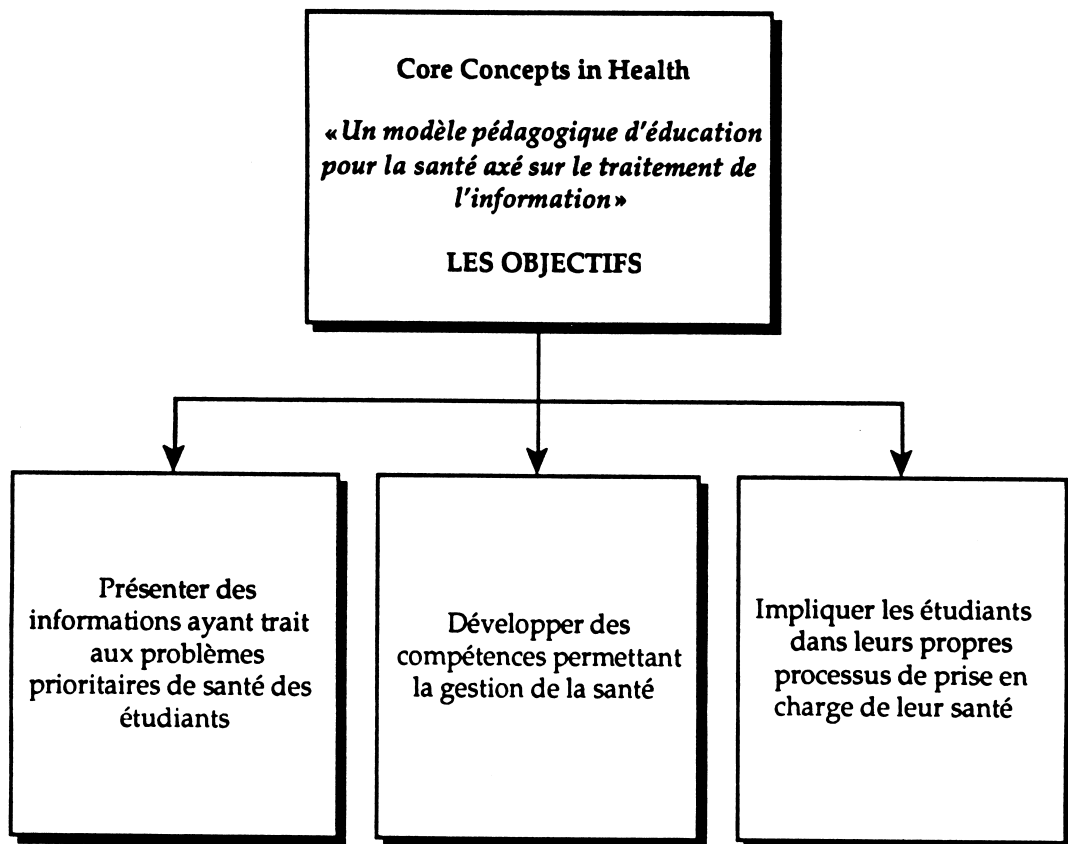


figure 4. Core Concepts in Health : les objectifs visés par Insel et Roth.

5.2.1 Présenter à l'étudiant des informations au regard des problèmes prioritaires de santé

Le premier objectif vise à faire acquérir à l'étudiant des connaissances en ce qui a trait à la santé. Insel et Roth soulignent qu'il faut élaborer, selon une perspective scientifique, certains thèmes traitant de la santé humaine ainsi que des problèmes prioritaires de santé (PPS) qui concernent la population étudiante : la nutrition, le contrôle de la masse corporelle, la contraception, les relations intimes, le SIDA, l'usage et/ou l'abus des drogues et de l'alcool et, plusieurs autres. Ces thèmes en santé et ces PPS sont d'actualité, ils doivent être traités sans détours et présentés d'une façon qui les rende accessibles à l'étudiant.

5.2.2 Développer des compétences permettant la gestion de la santé

Le deuxième objectif vise à développer chez l'étudiant des compétences et des habiletés qui lui permettent de gérer sa propre santé. Le système de santé met à profit un éventail de connaissances, d'interventions, de technologies et de ressources humaines au service de l'étudiant. Cependant, cette dynamique contribue, le plus souvent, à créer chez lui des relations de dépendance à l'égard de ce système et de ces professions. L'éducation pour la santé, quant à elle, favorise le développement de compétences en matière de santé. Les compétences en santé font partie intégrante d'un niveau de développement qui résulte de l'intégration appropriée des connaissances (*déclaratives, procédurales et conditionnelles*; Tardif, 1992) en santé. De plus, une compétence ne se limite pas seulement à l'expression d'un comportement observable; elle se situe plutôt sur le plan de la capacité à agir (voir Désilets et Brassard, 1994). Les compétences en matière de gestion de la santé permettent à l'étudiant de contrôler activement les stratégies qui lui conviennent et qui visent une amélioration de sa santé globale. Insel et Roth soulignent d'ailleurs que l'étudiant possède des compétences et des habiletés potentielles pour comprendre et pour gérer les variables propres à sa santé; il s'agit de l'impliquer activement à l'intérieur de ce processus.

5.2.3 Impliquer les étudiants dans le processus de prise en charge de leur santé

Le troisième objectif vise à impliquer l'étudiant dans le processus de prise en charge de sa santé. D'une part, il est amené à se conscientiser face à sa santé et, d'autre part, il est appelé à établir des relations significatives entre ses connaissances et sur les façons dont elles peuvent lui être utiles dans son quotidien. L'étudiant est aussi invité à passer en revue ses émotions (*to examine his emotions*; Insel et Roth, 1991), à considérer ses valeurs et ses croyances personnelles, à contextualiser ses connaissances et, enfin, à analyser ses comportements au regard des divers sujets à l'étude et en relation avec sa propre santé. Des alternatives lui sont présentées dans le but de l'aider à prendre des décisions éclairées; l'étudiant doit en venir à poser, de lui-même, des gestes concrets qui ont pour but d'optimiser sa santé. Ainsi, Insel et Roth

visent l'intégration de comportements sains en santé au moyen d'un processus global de conscientisation, de réflexion, de décision et d'action (voir à ce sujet : Demers, 1991).

5.2.4 Les objectifs d'apprentissage : application à l'éducation pour la santé au collégial

Le premier objectif poursuivi par Insel et Roth (1990) vise à présenter à l'étudiant des informations au regard des problèmes prioritaires de santé. Cet objectif se retrouve dans la compétence *Se situer au regard de sa santé* (Ensemble 1), notamment dans l'élément de compétence qui précise que l'étudiant doit montrer le lien entre certaines habitudes de vie et la santé et ce, à partir d'études et de recherches pertinentes.

Le deuxième objectif d'Insel et Roth (1990) consiste à développer chez l'étudiant des compétences permettant la gestion de sa santé. Cet objectif se retrouve dans la compétence de l'Ensemble 1 et dans celle qui consiste à *Gérer la pratique régulière de l'activité physique dans une perspective de santé* (Ensemble 3). En effet, dans le cadre de l'Ensemble 1, l'étudiant doit en arriver à identifier les activités physiques répondant à ses capacités, à ses champs d'intérêts et à ses besoins; il est à noter que l'étudiant est appelé à justifier ses choix d'activités physiques. Pour ce qui est de l'Ensemble 3, l'étudiant doit en venir à réaliser un programme personnel d'activité physique dans une perspective de santé. La réalisation de ce programme implique : a) la prise en compte des facteurs qui conditionnent la pratique de l'activité physique; b) la formulation d'objectifs signifiants; c) l'organisation concrète du programme en tenant compte des différentes exigences de sa vie; et, enfin, d) l'évaluation de son programme.

Le troisième objectif poursuivi par Insel et Roth (1990) vise à impliquer les étudiants dans leurs propres processus de prise en charge de leur santé. Cet objectif se retrouve clairement dans les trois Ensembles. Entre autres, l'étudiant est appelé à s'impliquer dans le processus de prise en charge de sa santé lorsqu'il identifie les activités physiques répondant à ses capacités, à ses champs d'intérêts et à ses besoins (Ensemble 1). Il est aussi appelé à s'impliquer lorsqu'il doit *Appliquer une démarche conduisant à l'amélioration de son*

efficacité dans une activité physique (Ensemble 2); notamment, il doit se fixer des objectifs et en évaluer l'atteinte. Enfin, pour ce qui est de l'Ensemble 3, le fait de développer un programme personnalisé et de pratiquer l'activité physique selon une approche préventive de santé constitue en soi un processus de prise en charge de sa santé.

En conclusion partielle, il est intéressant de constater que les objectifs d'apprentissage du modèle pédagogique d'Insel et Roth (1990) sont équivalents à ceux qui sont énoncés dans le devis ministériel (DGEC, 1993). Il y aurait lieu de croire que les objectifs de formation en éducation physique promulguent le développement des compétences en matière de gestion de la santé.

5.3 DES STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES VISANT À OPTIMISER LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DE GESTION DE LA SANTÉ

L'atteinte des objectifs proposés par Insel et Roth (1990) repose fondamentalement sur des enseignements stratégiques, soit l'utilisation par l'enseignant de stratégies pédagogiques qui facilitent et qui provoquent la construction du savoir chez l'étudiant. Ces stratégies visent à ce qu'il participe activement à sa démarche d'apprentissage afin que cette construction soit probable (Tardif, 1992, p. 81). Ainsi, dans le but de favoriser des apprentissages signifiants en éducation pour la santé, Insel et Roth ont proposé sept stratégies pédagogiques interactives qui concourent à optimiser le développement des compétences de l'étudiant en matière de gestion de sa santé (figure 5). Ces stratégies sont les suivantes :

- a. les capsules d'information (*Boxes*);
- b. les tactiques et les trucs (*Tactics and Tips*);
- c. les statistiques pertinentes (*Vital Statistics*);
- d. l'arrimage (*Making Connections*);
- e. les perceptions et les émotions (*Exploring Your Emotions*);
- f. l'action concrète (*Take Action*);
- g. les stratégies de changement de comportement (*Behavior Change Strategies*).

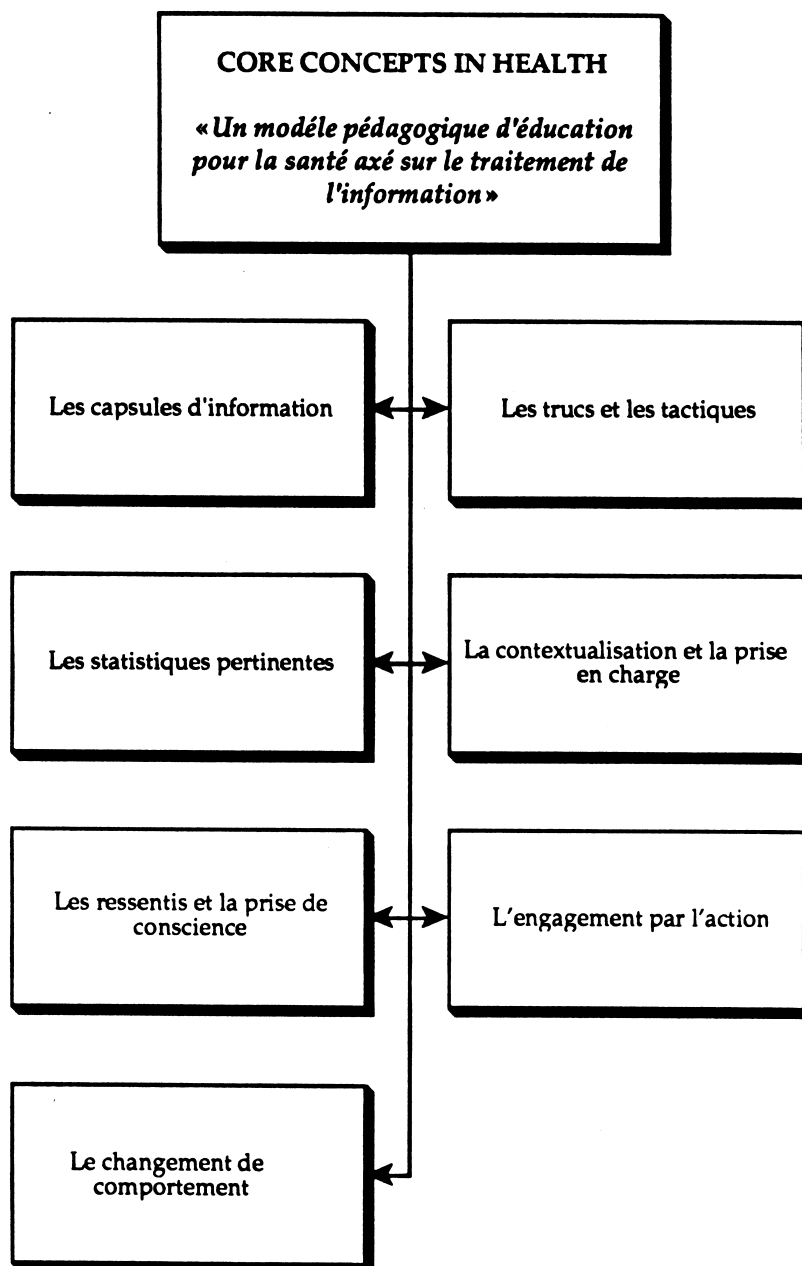


figure 5. Stratégies pédagogiques pour les enseignements en éducation pour la santé.

5.3.1 Les capsules d'information

Les capsules d'information consistent à présenter des sujets traitant de diverses problématiques de la santé qui touchent l'étudiant dans sa réalité quotidienne. Par exemple, les capsules d'information peuvent traiter de la

dépendance à la nicotine, de la consommation de stéroïdes anabolisants, des substituts pour les graisses dans l'alimentation, du contrôle de la masse corporelle, des mythes concernant les maladies transmissibles sexuellement, etc. Les capsules d'information font en sorte d'apporter un éclairage précis sur des sujets de santé qui concernent l'étudiant de collège. Une telle stratégie s'avère pertinente, car, d'une part elle favorise le recouvrement de ses connaissances antérieures et, d'autre part, elle lui permet de les arrimer à de nouvelles connaissances.

5.3.2 Les tactiques et les trucs

Cette stratégie pédagogique vise essentiellement à offrir à l'étudiant des suggestions quant aux façons d'appliquer concrètement, dans le cadre de sa vie quotidienne, les notions qui ont été traitées en classe. Entre autres, l'étudiant peut apprendre : à réduire l'apport des graisses dans son alimentation, à protéger sa peau des rayons néfastes du soleil et à planifier des activités sportives lui permettant d'optimiser sa condition physique. Ces tactiques et ces trucs concourent au développement des connaissances procédurales et conditionnelles et, par conséquent, au développement des compétences en matière de gestion de la santé.

5.3.3 Les statistiques pertinentes

La présentation graphique de statistiques rapporte au premier plan des informations importantes et pertinentes. Cette stratégie aide l'étudiant à se représenter et à saisir l'ampleur de la prévalence et de l'incidence de certains problèmes de santé susceptibles de le toucher. En autres, les statistiques, les graphiques et les tableaux peuvent aider l'enseignant à illustrer les relations qui existent entre la nutrition et certaines pathologies, notamment les maladies du système cardio-vasculaire. Ainsi, les statistiques révèlent des contrastes inattendus, elles suscitent l'attention et, en conséquence, elles concourent à favoriser l'arrimage des connaissances antérieures aux nouvelles connaissances. Une telle stratégie constitue une méthode subsidiaire dans le but de faciliter la compréhension de textes écrits et de notions complexes et, par le fait même, elle contribue à rendre signifiants les apprentissages chez l'étudiant.

5.3.4 L'arrimage

Cette stratégie vise essentiellement à introduire des sujets d'étude et de nouvelles notions. Ainsi, au moyen d'un court texte, l'étudiant est invité à résoudre un problème de gestion de santé en utilisant ses propres connaissances. Par exemple :

Récemment, tu as pris un peu de poids (2 kg) et, par conséquent, tu as décidé de surveiller ton alimentation. À l'heure du dîner, tu te rends à la cafétéria et tu décides de choisir le «menu du jour». On sert des spaghettis avec une sauce tomate. Comme, tu te rappelles que les pâtes alimentaires sont riches en glucides, tu optes pour les côtes de porc braisées et une salade verte parce que ce repas est riche en protéines. Considérant que tu veux perdre du poids, est-ce que tu as fait un bon choix?

Cette stratégie est intéressante car, d'une part, elle incite l'étudiant à avoir recours à ses connaissances apprises antérieurement (Tardif, 1992) et, d'autre part, elle lui permet de les développer (voir à ce sujet : Bransford, Goldman et Vye, 1991; Bransford, Vye, Adam et Perfetto, 1989). Elle permet donc à l'étudiant de contextualiser les problèmes à l'étude, ce qui concourt à les rendre signifiants pour lui. De plus, cette stratégie permet de cibler certaines connaissances antérieures erronées qui pourraient éventuellement nuire à la construction de son savoir (Roth, 1990, 1991; Woloshyn, Wood et Willoughby, 1994).

5.3.5 Les perceptions et les émotions

Cette stratégie consiste à poser des questions ouvertes à l'étudiant afin d'éveiller ses perceptions et ses émotions par rapport à certaines problématiques de santé qui le touchent. Pour expliciter cette stratégie, voici l'exemple de certaines questions qui pourraient s'insérer à la suite d'un enseignement touchant la nutrition, les comportements alimentaires ainsi que le contrôle de la masse corporelle :

As-tu déjà entrepris de ton plein gré un jeûne ou une diète sévère ? Si oui, quelles étaient tes motivations à le faire? Quelles ont été les conséquences de tes décisions?

Une telle stratégie promulgue la prise en charge par l'étudiant des affaires relatives à sa santé. Ainsi, en améliorant son processus de «conscientisation», il devient plus apte à s'engager dans des actions saines (Demers, 1991). Dans le cadre de cette stratégie, les questions ne doivent pas susciter de préjugés afin d'encourager l'étudiant à s'auto-analyser le plus honnêtement possible. Ces réflexions peuvent se faire par écrit et être consignées dans un journal de bord.

5.3.6 L'action concrète

Au moyen de l'action concrète, l'étudiant doit en venir à poser, de lui-même, des gestes qui ont pour but d'optimiser ses apprentissages en matière de santé. Ce peut être sous la forme d'exercices ou de projets par lesquels il peut approfondir ses connaissances en matière de gestion de la santé. Par conséquent, les exercices et les projets doivent être réalistes et réalisables, signifiants et, surtout, pratiques dans la vie quotidienne de l'étudiant. À titre de suggestion, une analyse de l'apport quotidien moyen pour les macronutriments constituerait un projet intéressant pour arrimer les nouvelles connaissances en nutrition.

5.3.7 Les stratégies de changement de comportement

Le but de cette stratégie consiste à présenter à l'étudiant des moyens très concrets dans le but de l'aider à remplacer ses comportements lacunaires par des comportements sains. Entre autres, ces moyens l'aideront à : élaborer son propre programme d'amélioration ou de maintien de la condition physique générale; gérer son stress de performance associé aux périodes d'examen; diminuer sa consommation de produits du tabac; contrôler sa consommation d'alcool. À première vue, cette stratégie peut s'apparenter à celle qui vise à transmettre des tactiques et des trucs, mais elle est orientée vers l'engagement de l'étudiant par une action concrète de prise en charge de sa santé. Ainsi, l'étudiant développe des habiletés qui l'amènent à s'engager dans des actions saines lui permettant de vivre pleinement et en harmonie avec son environnement. Au lieu d'attendre passivement des interventions qui viennent de l'extérieur, l'étudiant en vient à s'engager dans un processus personnel qui l'aidera à adopter des règles de vie considérées comme

souhaitables et saines (Demers, 1991). Une telle stratégie concourt au développement de compétences en matière de gestion de la santé.

5.3.8 Les stratégies pédagogiques : application à l'éducation pour la santé au collégial

Il y aurait lieu de croire que les stratégies pédagogiques proposées par Insel et Roth (1990) sont utilisables pour l'enseignement des compétences dans le cadre de la formation en éducation physique. En effet, la formation prévoit des activités : a) d'acquisition de concepts, par des enseignements théoriques (Ensemble 1); b) d'application des notions, par la pratique (Ensemble 2) et c) d'intégration de la matière, par une activité d'élaboration d'un programme personnel (Ensemble 3).

Les trois premières stratégies (voir les points 5.3.1, 5.3.2 et 5.3.3) sont particulièrement intéressantes pour ce qui est de l'acquisition des concepts théoriques. Quant à elle, la stratégie décrite au point 5.3.4 (l'arrimage) apparaît pertinente en ce qui a trait à l'application et à l'intégration de la matière (Ensembles 2 et 3), car elle fait appel à la sollicitation des connaissances antérieures et elle permet de les développer et de les mettre en lien avec de nouvelles connaissances. Enfin, les deux dernières stratégies pédagogiques (voir les points 5.3.6 et 5.3.7) concordent avec les visées relatives à l'Ensemble 2 et à l'Ensemble 3. Le fait de passer à l'action et d'incorporer des stratégies de changement de comportement à son programme personnel est compatible avec les activités prévues dans l'Ensemble 2 et l'Ensemble 3.

En guise de conclusion partielle, il appert que les sept stratégies pédagogiques interactives proposées par Insel et Roth (1990) concourent à optimiser le développement des compétences de l'étudiant en matière de gestion de sa santé. De plus, tout indique qu'elles sont directement transposables aux pratiques pédagogiques liées à l'ensemble des compétences à l'ordre d'enseignement collégial.

5.4 CONCLUSION SUR L'APPLICABILITÉ COMPLÈTE DU MODÈLE D'INSEL ET ROTH

Les analyses préliminaires du modèle *Core Concepts in Health* suggèrent que les orientations en matière d'éducation pour la santé poursuivies dans le cadre de la formation en éducation physique sont compatibles avec les visées que proposent Insel et Roth (1990). Par conséquent, il y aurait lieu de croire que les divers éléments de ce modèle pédagogique en éducation pour la santé s'avèrent intéressants et qu'ils méritent d'être pris en compte lors de l'élaboration et du développement des interventions éducatives en ce qui concerne la dimension de la santé

CONCLUSION

Ce chapitre présente les principales conclusions qui ont été dégagées au terme de cette recherche sur l'état des connaissances en santé chez des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial.

Le premier objectif de cette recherche consistait à poser un regard critique sur l'état actuel des connaissances en santé chez des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial. Un premier constat est à l'effet que les résultats obtenus suggèrent une certaine homogénéité en ce qui a trait aux connaissances en santé entre les 540 sujets provenant des trois collèges à l'étude. Un deuxième constat est à l'effet que la moyenne obtenue par les 540 sujets de l'échantillon des étudiants au seuil d'entrée à l'ordre collégial est comparable à celle provenant de 1 841 étudiants américains de différents niveaux académiques (62,66 [sur 110] vs 62,28). Toutefois, la moyenne obtenue par les étudiants des trois collèges québécois est plus élevée que celle de 57,68 obtenue par 697 étudiants américains de première année de collège (*freshman*). Les résultats de cette recherche suggèrent aussi que les femmes ont de meilleures connaissances en santé que les hommes (63,96 vs 61,26; $p = 0,0070$). Enfin, dans l'ensemble, les données obtenues dans le cadre de cette recherche révèlent des lacunes importantes quant au niveau de connaissances liées à l'ensemble des catégories de santé mesurées chez les nouveaux étudiants. En effet, les pourcentages pour les catégories de santé varient entre 44,4 % pour les items traitant des maladies chroniques à 69,4 % pour ceux ayant trait à la nutrition. Il faut noter que les nouveaux étudiants ont obtenu des pourcentages inférieurs à 60 % dans huit des 11 catégories de santé. Parmi celles-ci, il faut signaler la nature précaire des connaissances relatives à la santé mentale (50,6 %), aux maladies transmissibles sexuellement et aux maladies contagieuses (52,0 %) et à la sexualité (52,9 %).

Le deuxième objectif de cette recherche visait à comparer les connaissances des étudiants au seuil d'entrée au collégial à celles provenant d'étudiants diplômés du domaine de la santé et de professionnels des milieux de l'éducation et de la santé. Les résultats de cette comparaison suggèrent que les connaissances en santé augmentent avec le niveau d'expertise atteint dans cette dimension. Par conséquent, il appert que des interventions éducatives en

santé pourraient concourir à augmenter le niveau des connaissances en santé et contribuer au développement des compétences en matière de gestion de la santé chez les étudiants du collégial.

Le troisième et dernier objectif de cette recherche visait à proposer certains éléments d'un programme d'éducation pour la santé qui serviraient de prémisses à une nouvelle éducation pour la santé à l'ordre d'enseignement collégial. À la suite d'analyses préliminaires, il appert que les divers éléments du modèle *Core Concepts in Health* d'Insel et Roth (1990) s'avèrent intéressants et qu'ils méritent d'être pris en compte lors de l'élaboration et du développement des interventions éducatives qui ont trait à la dimension de la santé.

Avenues de recherche en éducation pour la santé

Il reste beaucoup de travail à faire dans le domaine de l'éducation pour la santé en ce qui a trait au développement des connaissances en santé et la présente recherche est essentiellement une première tentative dans cette direction. Dans le but de poursuivre dans la même veine, deux voies apparaissent particulièrement indiquées, soit le repérage des connaissances erronées en santé et l'expérimentation du modèle pédagogique d'Insel et Roth.

Il appert qu'il se présente des situations d'apprentissage où les étudiants possèdent des connaissances erronées qui limitent l'acquisition des nouvelles connaissances, d'où l'importance de les repérer. Ces connaissances persistent parce qu'elles ont été construites au fil des années et qu'elles correspondent à leur propre compréhension. Le fait de déterminer les connaissances erronées en santé chez les étudiants apparaît comme une intéressante avenue de la recherche, dans le but de compléter un profil utilisable qui permettra d'optimiser les interventions éducatives qui touchent la santé.

Le modèle en éducation pour la santé *Core Concepts in Health* s'avère intéressant pour l'enseignement des notions qui touchent la santé. La deuxième voie proposée consisterait à expérimenter le modèle dans le contexte des enseignements en ce qui a trait à la santé, notamment dans le cadre de la formation en éducation physique.

RÉFÉRENCES

- Addis, P. B. (1990). La coronopathie. Mise à jour qui met en relief les produits de l'oxydation des lipides alimentaires. Nutrition Actualité, 14(2), 45-51.
- Allensworth, D. D. & Kolbe, L. J. (1987). The comprehensive school program : Exploring an expanded concept. Journal of School Health, 57(10), 409-412.
- Anderson, J. R. (1990). Cognitive psychology and its implications (3^e édition). New York: W. H. Freeman and Company.
- Ausubel, D. P. (1968). Educational psychology : A cognitive view. New York: Holt, Rinehart and Wilson.
- Bédard, R. & Labrèche-Gauthier, L. (1992). Portrait statistique des problèmes de santé mentale au Québec et en Estrie (rapport de recherche). Département de santé communautaire du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke: Sherbrooke, Québec.
- Bélanger, D. (1988). Mesure des phénomènes. In M. Robert (éditeur), Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie. St-Hyacinthe, Qc: Edisem.
- Bellerose, C., Lavallée, C. & Camirand, J. (1994). Enquête sociale et la santé 1992-1993 : faits saillants. Québec : Santé Québec, Gouvernement du Québec.
- Blanchet, M. (1984). Objectif: santé. Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé. Québec: Gouvernement du Québec.
- Borg, W. R. & Gall, M. D. (1989). Educational research : an introduction (5^e édition). New York: Longman.
- Bransford, J. D., Goldman, S. R. & Vye, N. J. (1991). Making a difference in people's abilities to think: Reflections on a decade of work and some hopes for the future. In L. Okagaki & R. J. Sternberg (éditeurs), Directors of development: Influences on the development of children's thinking (pp. 147-180). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Bransford, J. D., Vye, N. J., Adams, L. T. & Perfetto, G. A. (1989). Learning skills and the acquisition of knowledge. In A. Lesgold & R. Glaser (éditeurs), Foundations for a psychology of education (pp. 199-249). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Carmines, E. G. & Zeller, R. A. (1979). Reliability and validity assessment. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

- Charron, M. F. (1981). Le suicide au Québec: Analyse statistique. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère des Affaires Sociales.
- Clouâtre, G. (1987). Les besoins de santé bio-psychosociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (rapport de recherche). Saint-Jean-sur-Richelieu; Département de Santé Communautaire. Hôpital du Haut-Richelieu.
- Conseil des affaires sociales et de la famille (1984). Objectif: santé. (Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé). Québec: Gouvernement du Québec.
- Converse, J. M. & Presser, S. (1986). Survey questions: Handcrafting the standardized questionnaire. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Côté, L., Ross, C., Pronovost, J. & Boyer, R. (1992). Les comportements suicidaires chez les jeunes québécois de 15 à 24 ans. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- de Man, A. F., Leduc, C. P. & Labrèche-Gauthier, L. (1993). Correlates of suicidal ideation in french-canadian adolescents: Personal variables, stress, and social support. Adolescence, 28(112), 819-830.
- DeFries, G. H., Crossland, C. L., MacPhail-Wilcox, B. & Sowers, J. G. (1990). Implementing comprehensive school health programs: Prospects for change in american schools. Journal of School Health, 60(4), 182-187.
- Demers, P. (1991). Pour vivre mieux. Une nouvelle éducation corporelle. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Déry, S., Drapeau, M. & Duchesneau, J. (1992). Plan régional d'organisation de services en maladies transmissibles sexuellement (document de consultation). Département de santé communautaire du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke: Sherbrooke, Québec.
- Désilets, M. & Brassard, C. (1994). La notion de compétence revue et corrigée à travers la lunette cognitiviste. Pédagogie collégiale, 7(4), 7-10.
- Direction général de l'enseignement collégial (1993). Formation générale commune: intentions éducatives en éducation physique. Québec: Ministère de l'Éducation.
- Dorman, S. M. & Rienzo, B. A. (1988). College student' knowledge of AIDS. Health Values, 12(4), 33-38.

- Elias, M. J. (1990). The role of affect and social relationships in health behavior and school health curriculum and instruction. Journal of School Health, 60(4), 157-163.
- Émond, A., Guyon, L., Camirand, F., Chenard, L., Pineault, R. & Robitaille, Y. (1988). Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Québec: Les Publications du Québec.
- Fédération des Cégeps du Québec (1983). Enquête commandée par la FCECEPO sur les besoins de santé des étudiant-e-s du Cégep : données sur le Cégep Saint-Jean 1982-1983. Québec: Direction générale de l'enseignement collégial.
- Gaines, J. (1984). A study of consumer health interests of selected college students. Journal of School Health, 54(11), 437-438.
- Gauthier, B. (1992). La structure de la preuve. In B. Gauthier (éditeur), Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning : An educational and environmental approach. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Grégoire, M. P. (1984). Le leadership infirmier. Quelques assises dans le mouvement des soins de santé primaires. Nursing Québec, 4(6), 24-29.
- Hagan, L. (1986a). La promotion de la santé : adopter un langage commun. Nursing Québec, 6(4), 14-18.
- Hagan, L. (1986b). La promotion de la santé : à nous de jouer. Nursing Québec, 6(5), 16-19.
- Hagan, L. (1991). L'éducation pour la santé en CLSC. Nursing Québec, 11(4), 48-55.
- Hébert, R., Bravo, G. & Voyer, L. (1994). La traduction d'instruments de mesure pour la recherche gérontologique en langue française: critères métrologiques et inventaire. Revue canadienne du vieillissement, 13(3), 392-405.
- Heck Callahan, M. & Pinch, W. J. (1990). Health needs and concerns of college men: A trend analysis. Health Values, 14(4), 9-16.
- Higgins, W. C., Nicholson, T., Price, J. & Case, C. (1992). Grading patterns and learning in college personal health courses. Health Values, 16(3), 27-32.

Holcomb, C. A. (1992). Personal health practices of couples in rural Kansas. Health Values, 16(6), 36-46.

Insel, P. M. & Roth, W. T. (1991). Core concepts in health (6^e édition). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

Jones, B. F., Palincsar, A. S., Ogle, D. S. & Carr, E. G. (1987). Strategic teaching and learning : Cognitive instruction in the content areas. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Labrèche-Gauthier, L. (1992). Cadre de référence pour un programme régional de promotion de la santé mentale (document de consultation). Département de santé communautaire du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke: Sherbrooke, Québec.

Lave, J. & Wenger, E. (1991). Situated learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press.

Lohrmann, D. K., Gold, R. S. & Jubb, W. H. (1987). School health education: A foundation for School Health Programs. Journal of School Health, 57(10), 420-425.

Manning Thompson, D., Barenberg, N., Gallese, L. & Rice, J. C. (1989). College students' knowledge and health beliefs about AIDS: Implications for education and prevention. Journal of American College Health, 34, 254-259.

Martin, C. (1984). Les soins de santé primaire...une notion à déchiffrer. Nursing Québec, 4(6), 8-13.

McDonnell, B. C., Metheney, N. A. & Stanton, C. M. (1992). AIDS, college students, and campus health services. Health Values, 16(6), 10-16.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). La Politique de la Santé et du Bien-être. Québec: Gouvernement du Québec.

Mitchell, S. J. (1990). Changes after taking a college basic nutrition course. Journal of the American Dietetic Association, 90(7), 955-962.

Morgan Pigg Jr., R. (1989). The contribution of school health programs to the broader goals of public health: The american experience. Journal of School Health, 59(1), 25-30.

Nader, P. R. (1990). The concept of «comprehensiveness» in the design and implementation of school health programs. Journal of School Health, 60(4), 133-138.

- Nicholson, T., Price, J. O. & Higgins, W. C. (1990). The development and validation of the Health Knowledge Inventory. Wellness Perspectives: Research, Theory and Practice, 6(4), 3-12.
- Noël, R., Roberge, F. & Boulet, J. (1989). Sondage concernant la consommation de drogue, d'alcool et de médicaments au Cégep Lévis-Lauzon. Lévis: Services de Santé du Cégep Lévis-Lauzon.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric Theory (3^e édition). New York, NY: McGraw-Hill.
- Organisation Mondiale de la Santé (1983). Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires (rapport d'un Comité d'experts de l'O.M.S., série de rapports techniques : 690). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Perry-Hunnicut, C. & Newman, I. M. (1993). Adolescent dieting practices and nutrition knowledge. Health Values, 17(4), 35-40.
- Peterson-Martin, J. & Cottrell, R. R. (1987). Self-concept, values and health education. Health Education, 18(5), 6-9.
- Poisson, A. (1992). L'épuisement scolaire. Mirabel: Les Éditions E=MC².
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (1990). Soins infirmiers : théorie et pratique. St-Laurent: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Price, J. O., Higgins, W. & Nicholson, T. (1991). Health knowledge of college students. College Student Journal, 25(2), 252-256.
- Robitaille, Y., Choinière, R. & Camirand, F. (1991). Les traumatismes au Québec: Leur importance sur le plan de la mortalité, de l'hospitalisation et de l'incapacité. In G. Beaulne & collaborateurs (éditeurs), Les traumatismes au Québec: Comprendre pour prévenir (pp. 21-52). Québec: Les Publications du Québec.
- Rochon, A. (1991). L'éducation pour la santé. Un guide facile pour réaliser un projet (2^e édition). Montréal: Éditions Agence D'Arc.
- Roscoe, B. & Skomski, G. G. (1989). Loneliness among late adolescents. Adolescence, 24(96), 947-955.
- Roth, K. J. (1990). Developing meaningful conceptual understanding in science. In B. F. Jones & L. Idol (éditeurs), Dimensions of thinking and cognitive instruction. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

- Roth, K. J. (1991). Reading science for conceptual change. In C. M. Santa & D. E. Alvermann (éditeurs), Science learning : Processes and applications. Newark, DE: International Reading Association.
- Rumelhart, D. E. (1980). Schemata : The building block of cognition. In R. Spiro, B. Bruce & W. Brewer (éditeurs), Theoretical issues in reading comprehension. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Sabourin, M. (1988). Méthodes d'acquisition des connaissances. In M. Robert (éditeur), Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie (pp. 37-58). St-Hyacinthe: Edisem.
- Santé et Bien-Être Social - Statistique Canada - Enquête Santé Canada (1981). La santé des Canadiens. Ottawa: Ministère des approvisionnements et services.
- Seffrin, J. R. (1990). The comprehensive school health curriculum: Closing the gap between state-of-the-art and state-of-practice. Journal of School Health, 60(4), 151-156.
- Signorielli, N. & Lears, M. (1992). Television and children's conception of nutrition: Unhealthy message. Health Communication, 4(4), 245-257.
- Simoneau, I. L. (1994). L'Évaluation des connaissances en santé: un instrument de mesure. Actualités Pédagogiques, 2(4), 4-5.
- Simoneau, I. L. & Tardif, J. (1994). Connaissances en santé et formation générale. Pédagogie collégiale, 8(1), 35-36.
- Simoneau, I. L., Price, J. O., Higgins, W. C., Nicholson, T. & Tardif, J. (1995). L'Évaluation des Connaissances en Santé: une traduction et une validation canadienne française du Health Knowledge Inventory. Les actes du colloque de l'Association pour la Recherche Collégiale (ARC).
- Simoneau, I. L., Tardif, J., Price, J. O., Higgins, W. C. & Nicholson, T. (1995). Les connaissances en santé chez des étudiants d'ordre collégial (document inédit). Sherbrooke: Collège de Sherbrooke, Département des Soins infirmiers.
- Tamragoury, R. N., Martin, R. W., Cleavenger, R. L. & Sieber Jr., W. K. (1986). Cardiovascular risk factors and health knowledge among freshman college students with a family history of cardiovascular disease. Journal American College Health, 34, 267-270.
- Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Montréal: Les Éditions Logiques.

- Tardif, J., Désilets, M., Paradis, F. & Lachiver, G. (1992). Le développement des compétences : cadres conceptuels pour l'enseignement professionnel. Pédagogie collégiale, 6(2), 14-19.
- Taylor-Nicholson, M. E., Wang, M. & Adame, D. A. (1989). Impact of AIDS education on adolescent knowledge, attitudes and perceived susceptibility. Health Values, 13(5), 3-7.
- Tousignant, M., Hanigan, D. & Bergeron, L. (1984). Le mal de vivre: Comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. Santé Mentale au Québec, 9, 122-133.
- Weiler, R. M., Sliepcevich, E. M. & Sarvala, P. D. (1993). Development of the Adolescent Health Concern Inventory. Health Education Quarterly, 20(4), 569-583.
- Weiler, R. M., Sliepcevich, E. M. & Sarvela, P. D. (1994). Adolescents' concerns as reported by adolescents, teachers, and parents. Health Values, 18(2), 50-62.
- Woloshyn, V. E., Wood, E. & Willoughby, T. (1994). Considering prior knowledge when using elaborative interrogation. Applied Cognitive Psychology, 8(1), 25-36.
- Young, T. J. (1985). Adolescent suicide: The clinical manifestation of alienation. High School Journal, 69, 55-60.