Canadian Journal of Nursing Research, 1995, Vol. 27, No. 4, 111-131

Comportements de promotion de la santé d'étudiantes de première année au baccalauréat en sciences infirmières : Étude pilote

Madeleine Clément, Louise Bouchard, Louis W. Jankowski et Michel Perreault

The goal of this pilot study was to test the usefulness of Pender's (1987) theoretical model in predicting the adoption of health-promotion behaviours in 176 first-year undergraduate nursing students. Hierarchical regression analysis indicated that the perception of self-efficacy, perception of one's state of health, the influence of professors, and place of birth are predictive variables of health-promoting behaviours in this group. The results of this study suggest, among other things, that it is important for professors to use strategies that foster and support students' confidence in their ability to commit to health-promoting behaviours. A longitudinal study currently in progress will examine whether a health-oriented program significantly influences the adoption of health-promotion behaviours in nursing students during their university education.

Le but de cette étude pilote était de tester l'utilité du modèle théorique de Pender (1987) à prédire l'adoption de comportements de promotion de la santé chez 176 étudiantes de première année au baccalauréat en sciences infirmières. L'analyse de régression multiple hiérarchique a démontré que la perception de l'auto-efficacité, la perception de l'état de santé, l'influence des professeurs et le lieu de naissance sont des variables prédictives des comportements de promotion de la santé de cette population. Les résultats de cette étude suggèrent, entre autres, l'importance pour les professeurs d'utiliser des stratégies susceptibles de développer et de maintenir la confiance des étudiantes dans leur habileté à s'engager dans des comportements de promotion de la santé. Une étude longitudinale, présentement en cours, permettra de vérifier si un programme centré sur la santé influence de façon significative l'adoption de comportements de santé chez les étudiantes en sciences infirmières au moment de leur formation universitaire.

La philosophie des soins de santé primaires, préconise la promotion de la santé par le biais d'une participation active de la clientèle ciblée (World Health Organisation, 1979). En adoptant cette philosophie dans

---

Madeleine Clément, M. Nurs., et Louise Bouchard, Ph.D., sont Professeures agrégées à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Louis W. Jankowski, Ph.D., est Professeur agrégé au département des sciences de l'exercice de l'Université Concordia. Michel Perreault, Ph.D., est Professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

leur pratique professionnelle, les infirmières[1] assistent les clients dans leur apprentissage personnel à s'engager dans des comportements de santé, c'est-à-dire à s'actualiser, à prendre leurs responsabilités en matière de santé, à faire de l'activité physique, à bien se nourrir, à maintenir des relations intimes et à gérer leur stress. Les infirmières sont donc invitées à modifier leur rôle traditionnel de soignantes centrées sur la maladie, le déficit ou la perte pour un rôle d'éducatrices et de collaboratrices (Novak, 1988; Richardson & Petrarca, 1990) et à mettre en valeur les forces et le potentiel des clients. Or, pour remplir ce rôle, les infirmières doivent d'abord elles-mêmes s'engager dans des comportements de promotion de la santé et être des modèles de santé (Boyd, 1988; Clarke, 1991; Soeken, Bausell, Winklestein & Carson, 1989; Kelley Walsh, VandenBosch & Boehm, 1989).

Des études démontrent que les comportements de promotion de la santé des infirmières ne sont pas toujours adéquats et qu'il faut remonter au contexte académique dans lequel ces infirmières ont été formées pour mieux comprendre cette situation. Les résultats d'une recherche américaine, menée auprès de 530 étudiantes bachelières en sciences infirmières de première et troisième années, rapportent que ces dernières ne semblent pas intégrer les connaissances sur la santé transmises dans leur programme (Camooso et al., 1980). En effet, une dichotomie entre l'enseignement aux clients et la pratique personnelle des étudiantes infirmières face à leurs comportements de santé a été observée. Ces auteurs suggèrent qu'il faut plus que des connaissances pour modifier les attitudes et les comportements de santé. Ils se demandent également dans quelle mesure l'environnement éducatif soutient la modification des comportements de santé. Dans une recherche canadienne faite auprès de 211 étudiantes en sciences infirmières, Sabina-McVety, Booth, Orban et Richards (1988) identifient des obstacles à la pratique de l'exercice physique, soit le manque de temps, d'énergie, de discipline ainsi que d'installations sportives adéquates. Richter, Malkiewicz et Shaw (1987), du Colorado, ont étudié le mode de vie de trois groupes d'étudiantes bachelières en sciences infirmières, dont l'un avait reçu un cours sur la promotion de la santé. Ces auteurs rapportent une détérioration du mode de vie dans les trois groupes et mentionnent que le manque de temps rendait conflictuel l'acquisition des connaissances et leur mise en pratique. Dittmar, Haughey, O'Shea et Brasure (1989) ont conduit une recherche auprès de 1081 étudiantes en sciences infirmières de diverses universités américaines et rapportent que l'étudiante type n'affiche que la moitié des comportements de santé attendus d'elle et constitue, de ce fait, un piètre exemple de santé. Les auteurs suggèrent la nécessité pour les infirmières professeures d'uni-

versité d'exercer plus d'influence sur les comportements de promotion de la santé des étudiantes. Frachel (1984), pour sa part, s'interroge sur l'habileté des éducatrices à agir comme modèle de santé auprès des étudiantes infirmières.

Coop (1984) rapporte la pratique de comportements de santé, tant chez les professeures que chez les étudiantes en sciences infirmières, à la suite de l'adoption d'un curriculum orienté vers la promotion de la santé. Des exemples de pratiques professionnelles, conçues selon le *McGill model*, mettent en évidence le transfert des connaissances théoriques à des situations cliniques (Feeley & Gerez-Lirette, 1992 ; Murphy, 1994). Dans cette optique, Grossman et Hooton (1993) rappellent l'importance, pour les milieux universitaires et cliniques, d'adopter un même cadre conceptuel. Une étude comparative, conduite par Hadubiak (1986) en Saskatchewan auprès d'étudiantes en sciences infirmières et en études financières, soutient l'hypothèse que l'acquisition de connaissances en matière de santé mène à l'adoption de comportements sains. Coons (1989), dans une étude conduite auprès d'étudiantes qui recevaient de l'information au moment d'une visite au service de santé de l'Université d'Arizona, rapporte des changements positifs dans leurs attitudes et leurs croyances.

Le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être (1987) suggère que la période d'études universitaires est un moment idéal pour l'enseignement de la promotion de la santé. L'étudiante universitaire vit une période de transition importante en route vers une plus grande autonomie, y compris une responsabilité accrue face à ses propres comportements de santé (Green, 1984). Il semble cependant, d'après les études recensées ci-dessus que les étudiantes en sciences infirmières n'adoptent pas toujours des comportements sains durant leur formation universitaire et que le contexte académique n'exerce pas toujours une influence positive sur l'adoption de ces comportements. D'autres variables que le contexte académique peuvent expliquer l'adoption de comportements de promotion de la santé comme le propose le modèle théorique de promotion de la santé de Pender (1987).

Modèle théorique

Pender (1987), dans son modèle de promotion de la santé, propose trois catégories de variables : des variables cognitives-perceptuelles, des variables modifiantes et des déclencheurs d'action. Les variables cognitives-perceptuelles sont identifiées comme exerçant une force motivatrice directe sur les comportements de santé. Cette catégorie comprend : l'importance de la santé, le contrôle perçu de la santé, la

perception de l'auto-efficacité, la définition de la santé, la perception de l'état de santé et la perception des obstacles et des avantages à s'engager dans des comportements de promotion de la santé. Les variables modifiantes, quant à elles, exerceraient une influence indirecte sur ces comportements par l'intermédiaire des mécanismes cognitifs-perceptuels. Il s'agit des caractéristiques démographiques et biologiques, des influences interpersonnelles ainsi que des facteurs situationnels et comportementaux. Les déclencheurs d'action sont soit internes, tel le désir de réaliser son potentiel de croissance, soit externes, provenant de l'environnement et des médias. Pender (1987) définit les comportements de promotion de la santé comme toutes les activités intégrées au mode de vie et initiées par l'individu pour maintenir son bien-être et favoriser l'actualisation de son potentiel. Ces activités sont celles associées à l'actualisation de soi, à la responsabilité envers sa santé, à l'activité physique, à une saine nutrition, au soutien interpersonnel et à la gestion du stress. Pour développer son modèle, Pender s'est inspirée de plusieurs théories cognitives et de recherches centrées sur les croyances, perceptions, valeurs et attitudes prédictives des comportements de santé, dont la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986).

Jusqu'à présent, plusieurs chercheuses ont examiné empiriquement la relation entre certaines variables du modèle de Pender – importance de la santé, contrôle perçu de la santé, perception de l'auto-efficacité, perception de l'état de santé, caractéristiques socio-démographiques – et les comportements de promotion de la santé auprès d'adultes et de personnes âgées en santé, malades ou handicapés (Bouchard, 1993; Duffy, 1988; Frank-Stromborg, Pender, Walker & Sechrist, 1990; Pender, Walker, Sechrist & Frank-Stromborg, 1990; Rodrigue, 1992; Speake, Cowart & Pellet, 1989; Stuifbergen & Becker, 1994; Waller, Crow, Sands & Becker, 1988; Walker & Volkan, 1987; Walker, Volkan, Sechrist & Pender, 1988; Weitzel, 1989). Même si Pender (1987) souligne l'importance de considérer les facteurs interpersonnels et situationnels dans le maintien des comportements de santé, aucune étude examinant l'effet prédictif de ces derniers n'a été relevée par les auteurs de la présente étude. Enfin, à la connaissance des auteurs, aucune étude n'a examiné les comportements de promotion de la santé tels que définis par Pender (1987) chez une population d'étudiantes.

La présente étude pilote se propose donc de tester l'utilité du modèle de Pender à prédire l'adoption de comportements de promotion de la santé chez des étudiantes en sciences infirmières. De façon plus spécifique, le but de l'étude pilote était d'examiner si les variables **contrôle perçu de la santé, importance de la santé, perception de**

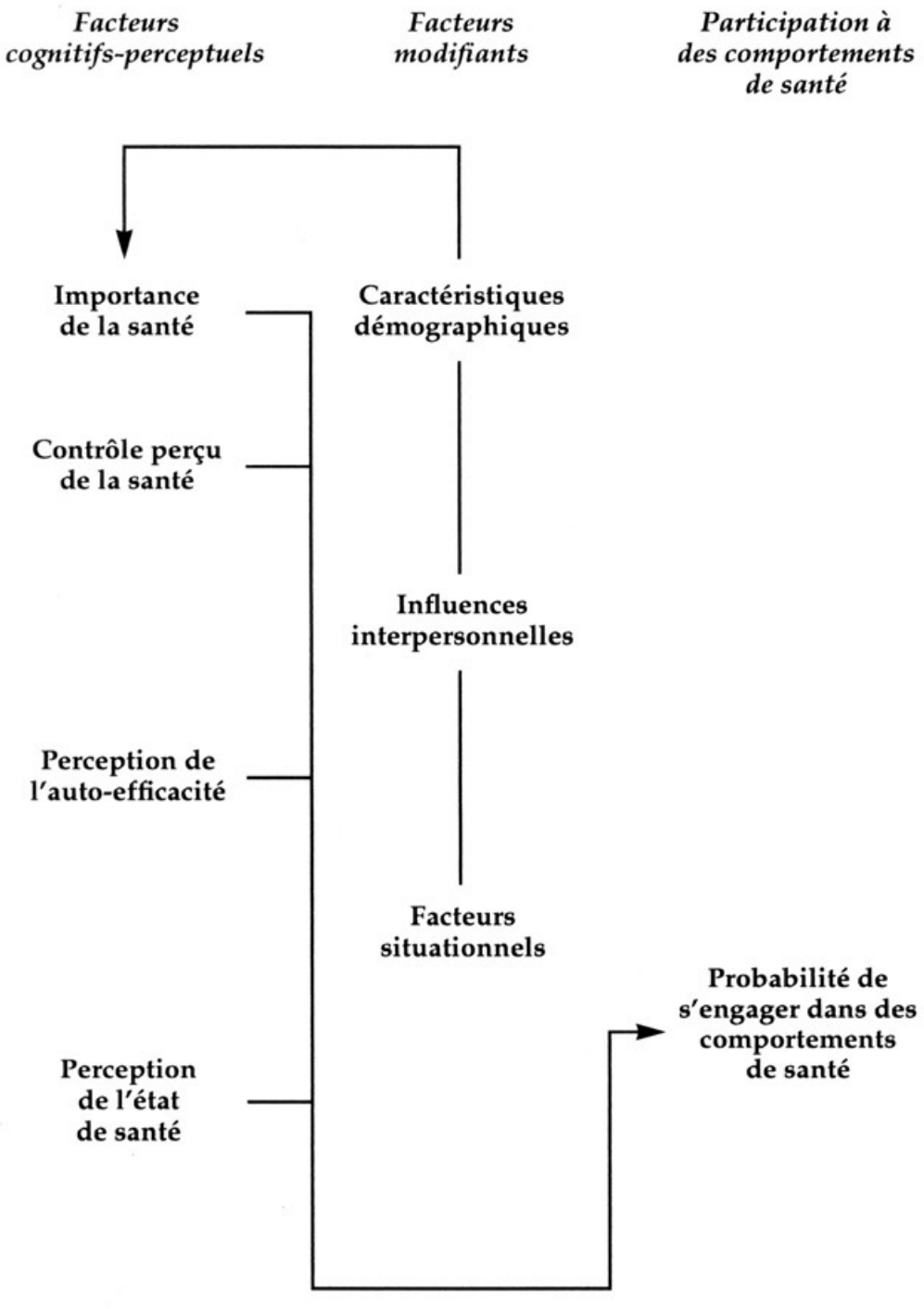
l'auto-efficacité, perception de l'état de santé, influences interpersonnelles, contexte académique et les caractéristiques démographiques **âge, genre, niveau d'études terminées, revenu annuel, mode de vie** et **lieu de naissance** sont prédictives des comportements de promotion de la santé chez les étudiantes de première année au baccalauréat en sciences infirmières (voir la figure 1).

Le **contrôle perçu de la santé**, défini comme la croyance qu'a l'individu face au contrôle qu'il peut exercer sur sa santé, est conceptualisé par le construit foyer de contrôle qui émane de la théorie de l'apprentissage social de la personnalité élaborée par Rotter (1966). Cette théorie, lorsqu'elle est appliquée spécifiquement dans le contexte de la santé, stipule qu'un individu ayant une orientation interne de foyer de contrôle croit que la santé est sous son contrôle personnel, tandis que l'individu ayant une orientation externe croit que la santé est sous le contrôle de la chance, du hasard ou du pouvoir des autres. Il est démontré dans certaines études que l'individu ayant une orientation interne de foyer de contrôle spécifique à la santé agit positivement en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (Dishman, Ickes & Morgan, 1980 ; Lakin, 1988 ; O'Connell & Price, 1982 ; Toner & Manuk, 1979). Cependant, le lien empirique entre les comportements de promotion de la santé et cette orientation interne est loin d'être constant dans d'autres études (Frank-Stromborg et al., 1990 ; Speake et al., 1989 ; Walker & Volkan, 1987 ; Waller et al., 1988 ; Weitzel, 1989). Selon Wallston (1991), cette inconsistance provient d'une compréhension incomplète de la théorie originale de Rotter (1966). Selon lui, le foyer de contrôle en matière de santé ne peut être isolé de la valeur que représente la santé. Prédire que l'individu ayant une orientation interne de foyer de contrôle s'engagerait dans plus de comportements de santé sans savoir ce que représente pour lui la santé est une prédiction hâtive. C'est pourquoi, dans la présente étude, les construits foyer de contrôle et importance de la santé sont étudiés de façon interactive, comme le propose Wallston (1991). L'**importance de la santé** est définie comme la valeur relative que l'individu accorde à sa santé par rapport à d'autres valeurs personnelles.

La **perception de l'auto-efficacité** est définie comme la disposition globale de l'individu à se percevoir capable d'organiser et d'exécuter un plan d'actions dans différents domaines (Bandura, 1986). Elle n'est pas centrée sur les aptitudes de l'individu mais plutôt sur ses croyances quant à ce qu'il peut faire avec les aptitudes qu'il possède. Un individu qui a une grande auto-efficacité croit pouvoir généraliser les succès connus dans les expériences antérieures à de nouvelles situations et réussir ainsi un comportement visé. Plusieurs études se servant de

Figure 1

Variables retenues du modèle de promotion de la santé de Pender (1987)



Note : Traduction et adaptation de *Health Promotion in Nursing Practice* (2e éd., p. 58), par N. J. Pender, 1987, Norwalk : Appleton and Lange

Pender (1987) comme modèle conceptuel ont démontré que l'effet prédictif de cette variable est la plupart du temps plus élevé que celui d'autres variables (Pender et al., 1990; Stuifbergen & Becker, 1994; Waller et al., 1988; Weitzel, 1989).

La **perception de l'état de santé** est définie comme l'estimation que l'individu fait de son état de santé. La perception positive de l'état de santé a été un facteur prédictif des comportements de promotion de la santé dans un certain nombre d'études (Duffy, 1988; Speake et al., 1989; Frank-Stromborg et al., 1990; Pender et al., 1990; Waller et al., 1988; Weitzel, 1989).

Les **influences interpersonnelles** sont définies comme les attentes et les attitudes des personnes significatives (parents, amis, conjoint, enfants) face à l'adoption de comportements de santé. Le facteur situationnel **contexte académique** tient compte de l'environnement physique et humain à l'intérieur duquel évoluent les étudiantes universitaires.

Méthode

Échantillon et milieu

L'échantillon est constitué de 176 étudiantes inscrites en première année au baccalauréat en sciences infirmières. Les femmes occupent une proportion de 80,5 % de l'échantillon. La plupart des participantes sont âgées de 18 à 25 ans (79 %), de langue maternelle française (81,7 %), nées au Québec (78,1 %) et ont terminé des études collégiales en sciences de la santé (80,5 %).

L'étude a été conduite pendant le trimestre d'automne 1991. À la fin d'un cours obligatoire, les étudiantes ont été informées verbalement, par un des chercheurs, du but de l'étude, de l'anonymat des participants, de la confidentialité des réponses données et de leur liberté absolue de participer ou non à cette étude pilote. Les étudiantes participantes (176/200) ont rempli sur place un questionnaire constitué de sept instruments de mesure (~30 minutes) qu'elles ont ensuite déposé dans une boîte placée près de la porte. Seuls les chercheurs ont eu accès aux données pour fins d'analyse. L'étude a été approuvée par un comité sectoriel universitaire de déontologie en sciences de la santé.

Instruments de mesure

Échelle de foyer de contrôle spécifique à la santé [2]. Cette échelle, conçue pour mesurer le contrôle perçu de la santé, est une version française du *Health Locus of Control (HLC)*, développée dans sa version originale par Wallston, Wallston, Kaplan et Maides (1976). Cet instrument comprend 11 énoncés de type Likert de six choix et mesure, de façon distincte, les deux orientations du foyer de contrôle, interne et externe, composées respectivement de cinq et de six éléments. Plus le score est élevé, plus le foyer de contrôle de l'individu a une orientation interne ou externe, selon le cas. Le coefficient α de la version anglaise originale est de 0,72 tandis que celui de la version traduite en français est de 0,68. Basé sur Nunnally (1978), ce coefficient de 0,68 est jugé acceptable selon les critères établis par les auteurs de la présente étude.

Échelle de valeurs. L'importance de la santé a été mesurée à l'aide de l'Échelle de valeurs, version française du *Value Survey*, développée dans sa version originale par Wallston, Maides et Wallston (1976) à partir du *Rokeach's Terminal Value Survey* (Rokeach, 1973). Cette échelle consiste en une liste de dix valeurs que l'individu doit classer par ordre d'importance : 1 correspond à la valeur la plus importante et 10, à la valeur la moins importante. Wallston (1986, voir Weitzel, 1989) rapporte que le *Value Survey* a reçu une appréciation acceptable de validité de contenu et de concomitance. Un coefficient test-retest de 0,70 a été calculé pour la version originale de l'échelle de Rokeach (Robinson & Shaver, 1973). Les scores obtenus à l'Échelle de valeurs ont été inversés afin que le chiffre le plus élevé corresponde à la valeur la plus importante.

Échelle d'auto-efficacité. Cet instrument mesurant la perception de l'auto-efficacité est une version française du *Self-Efficacy Scale*, développé dans sa version originale par Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs et Rogers (1982), et comprend 17 énoncés de type Likert de cinq choix. La variation possible des scores est de 17 à 85. Plus le score augmente, plus grande est la perception de l'auto-efficacité. Les auteurs de la version originale rapportent un coefficient α de 0,86. Dans la présente étude, le coefficient α obtenu pour la version française est de 0,80. Le choix d'un instrument mesurant globalement la perception de l'auto-efficacité se justifie par le grand nombre de comportements de santé à l'étude. Selon Wallston (1991), le construit global d'auto-efficacité peut prédire un ensemble de comportements, tandis que le construit spécifique d'auto-efficacité ne peut s'appliquer qu'à la prédiction d'un nombre restreint de comportements spécifiques.

Évaluation de l'état de santé. Cet instrument, destiné à mesurer la perception de l'état de santé, est composé d'un élément énoncé ainsi : « Par comparaison à d'autres personnes de votre âge, comment évaluez-vous votre présent état de santé ? » Les scores peuvent varier entre 1 et 5 ; plus le chiffre est bas, plus il correspond à la perception subjective d'un meilleur état de santé. Cet élément a été utilisé dans l'enquête Santé du gouvernement du Québec (1987). Pender et al. (1990) ont affirmé que ce type de question est fidèle et valide, se basant sur l'analyse de nombreuses études effectuées par Ware, Davis-Avery et Donald (1978). Les scores obtenus à l'Échelle d'état de santé ont été inversés afin que le chiffre le plus élevé corresponde à la perception subjective du meilleur état de santé.

Échelle des influences interpersonnelles. Cette échelle de type Likert de cinq choix est constituée de deux énoncés mesurant les attentes et les attitudes des proches face à l'adoption de comportements de santé. La variation possible des scores est de 2 à 10, le nombre 10 indiquant une plus grande influence interpersonnelle. Le contenu de cet instrument, développé par Clément, Bouchard, Jankowski et Perreault (1992), a été validé par un jury de dix experts. Le coefficient α obtenu est de 0,87.

Échelle du Contexte Académique. Cet instrument, développé par Clément et al. (1992), comprend deux dimensions : les exigences académiques et l'influence des professeurs face à l'adoption de comportements de santé. Chacune de ces dimensions est mesurée par une échelle de deux énoncés de type Likert de cinq choix. Les scores de chacune des dimensions peuvent varier entre 2 et 10, le nombre 10 indiquant une plus grande exigence académique ou une plus grande influence des professeurs, selon le cas. Le contenu de cet instrument a été validé par un jury de dix experts. Le coefficient α obtenu est de 0,86 pour les exigences académiques et de 0,87 pour l'influence des professeurs.

Profil d'un mode de vie sain. La fréquence des comportements spécifiques de promotion de la santé a été mesurée à l'aide de l'instrument Profil d'un mode de vie sain. Cet instrument a été développé dans la version originale anglaise *Health-Promoting Lifestyle Profile* par Walker, Sechrist et Pender (1987) et comprend 48 énoncés de type de Likert de six choix répartis en six dimensions : actualisation de soi, responsabilité envers sa santé, activité physique, saine nutrition, soutien interpersonnel et gestion du stress. La variation des scores pour chacune des dimensions et pour l'ensemble de l'instrument est de 1 à 4, le chiffre 4 indiquant une plus grande fréquence des comportements de santé.

Les scores sont calculés en fonction de la moyenne des réponses individuelles aux 48 énoncés ou au nombre d'énoncés dans chacune des dimensions. Walker et al. (1991, voir Rodrigue, 1992) préconisent le calcul d'une moyenne plutôt que d'une somme afin de respecter l'utilisation métrique des réponses aux énoncés et de permettre une meilleure comparaison entre les dimensions. Le coefficient α de la version anglaise originale est de 0,92 pour l'ensemble de l'instrument et de 0,70 à 0,90 pour les dimensions. Le coefficient α de la version traduite en français est de 0,92 pour l'ensemble de l'instrument et de 0,71 à 0,87 pour les dimensions.

Questionnaire de données démographiques. Ce questionnaire a recueilli de l'information sur l'âge, le sexe, le niveau d'études terminées, le revenu annuel, le mode de vie et le lieu de naissance des étudiantes. Dans les recherches portant sur la santé, ces variables ont souvent été prédictives des comportements de santé de diverses populations (Duffy, 1988; Frank-Stromborg et al., 1990; Walker et al., 1988; Weitzel, 1989).

Résultats

Les données ont été résumées par statistiques descriptives et inférentielles, y compris des moyennes, des écart types et des corrélations de Pearson. L'analyse de régression multiple hiérarchique a été utilisée afin de vérifier la contribution respective des variables cognitives-perceptuelles et modifiantes sur les comportements de promotion de la santé des étudiantes infirmières et de vérifier le modèle théorique retenu. Le seuil de signification établi était de 0,05.

La variation des scores possibles et obtenus, les moyennes et les écarts types pour les variables cognitives-perceptuelles et modifiantes ainsi que pour la variable comportements de promotion de la santé sont présentés au tableau 1. Les deux dimensions du Profil d'un mode de vie sain ayant obtenu les scores moyens les plus élevés sont celles du soutien interpersonnel ($\bar{\chi}$= 3,16) et de l'actualisation de soi ($\bar{\chi}$= 3,21). Par ailleurs, les dimensions responsabilité envers sa santé ($\bar{\chi}$= 2,13) et activité physique ($\bar{\chi}$= 2,41) ont obtenu les scores moyens les plus bas. L'élaboration d'une matrice de corrélation a permis d'examiner la multicollinéarité des variables cognitives-perceptuelles et modifiantes à l'étude. Toutes les corrélations étaient sous 0,68, indiquant qu'il n'y avait pas de redondance entre ces variables (Tabachnick & Fidell, 1989).

Tableau 1

Variation possible des scores, variation des scores obtenus, moyenne et écart type en regard des variables de l'étude (n=176)

Variables	Variation possible des scores	Variation des scores obtenus	$\bar{x}$	s
Variables cognitives – perceptuelles				
Importance de la santé	1-10	1-10	7,04	2,03
Contrôle perçu de la santé				
Interne	5-30	7-30	17,25	5,73
Externe	6-36	6-33	16,17	5,11
Perception de l'auto-efficacité	17-85	36-83	66,39	8,90
Perception de l'état de santé	1-5	1-5	3,58	0,97
Variables modifiantes				
Influence interpersonnelle	2-10	2-10	6,71	1,78
Contexte académique				
Exigences académiques	2-10	2-10	5,64	1,83
Influence des professeurs	2-10	2-10	6,65	1,38
Comportements de promotion de la santé				
Responsabilité envers sa santé	1-4	1,09-3,64	2,13	0,47
Activité physique	1-4	1-4	2,41	0,86
Gestion du stress	1-4	1-4	2,58	0,59
Saine nutrition	1-4	1,17-4	2,94	0,62
Soutien interpersonnel	1-4	1,67-4	3,16	0,56
Actualisation de soi	1-4	2,14-4	3,21	0,43
Total	**1-4**	**1,85-3,69**	**2,78**	**0,38**

Afin de vérifier la contribution des variables cognitives-perceptuelles et modifiantes à la prédiction de l'adoption de comportements de promotion de la santé, une analyse de régression multiple hiérarchique a été effectuée (Tabachnick & Fidell, 1989). Toutes les variables ont été introduites selon l'ordre du modèle illustré à la figure 1. Dans une première étape, les variables cognitives-perceptuelles ont été introduites dans l'équation car, théoriquement, elles exerceraient une influence directe sur les comportements de promotion de la santé. Les résultats de cette analyse (voir le tableau 2) indiquent que l'ensemble des variables cognitives-perceptuelles expliquent 38 % de la variance des comportements de promotion de la

santé. Cependant, les deux seuls prédicteurs cognitifs-perceptuels significatifs ($p < 0{,}001$) de ces comportements sont la perception de l'auto-efficacité ($ß = 0{,}49$) et la perception de l'état de santé ($ß = 0{,}27$). La variable interactive contrôle perçu de la santé × importance de la santé ne s'est pas avérée être un prédicteur significatif des comportements de promotion de la santé.

Tableau 2

Analyse de régression multiple hiérarchique entre les variables cognitives-perceptuelles, les variables modifiantes et la variable « comportements de promotion de la santé »

Variables	Comportements de promotion de la santé	
	ß	*p*
ÉTAPE 1		
Variables cognitives-perceptuelles		
Foyer interne × importance de la santé	-0,02	0,81
Foyer externe × importance de la santé	0,07	0,39
Perception de l'auto-efficacité	0,49	<0,001
Perception de l'état de santé	0,27	<0,001
R^2 ajusté = 0,38 F = 25,05 Sig $F = p < 0{,}001$		
dl = (4, 150)		
ÉTAPE 2		
Variables cognitives-perceptuelles		
Foyer interne x importance de la santé	-0,03	0,68
Foyer externe x importance de la santé	0,06	0,46
Perception de l'auto-efficacité	0,46	<0,001
Perception de l'état de santé	0,26	<0,001
Variables modifiantes		
Influences interpersonnelles	0,05	0,31
Influence des professeurs	0,13	0,04
Exigences académiques	-0,09	0,15
Genre	0,09	0,15
Âge	-0,06	0,46
Niveau d'études terminées	0,06	0,32
Revenu personnel brut	0,02	0,79
Mode de vie	-0,03	0,59
Lieu de naissance	0,18	0,01
R^2 ajusté = 0,42 F = 9,66 Sig $F = p < 0{,}001$		
dl = (13, 141)		
Δ R^2 ajusté = 0,04 Δ F = 2,09 Δ Sig $F = p < 0{,}03$		

Puis, l'équation a été estimée à nouveau en introduisant les variables modifiantes, qui exercent théoriquement un effet indirect sur les comportements de promotion de la santé par l'intermédiaire des mécanismes cognitifs-perceptuels. Ces variables insérées en deuxième dans l'équation de régression, ajoutent 4 % au coefficient de détermination du modèle. La seule variable modifiante prédictive ($p < 0,05$) est l'influence des professeurs ($ß = 0,13$). La seule caractéristique démographique prédictive ($p < 0,01$) est le lieu de naissance ($ß = 0,18$). Aucune des autres variables modifiantes, soit les influences interpersonnelles, les exigences académiques et les caractéristiques démographiques (âge, sexe, niveau d'études terminées, revenu et mode de vie), n'ont contribué de façon significative à la prédiction des comportements de promotion de la santé des étudiantes infirmières.

Tableau 3

Analyse de régression multiple hiérarchique entre les variables cognitives-perceptuelles et les variables modifiantes contribuant de façon significative à chacune des dimensions de la variable « comportements de promotion de la santé »

Variables	Dimensions des comportements de promotion de la santé	
	ß	*p*
	ACTUALISATION DE SOI	
Variables cognitives-perceptuelles		
Perception de l'auto-efficacité	0,58	<0,001
Perception de l'état de santé	0,16	0,01
R^2 ajusté = 0,42 Sig $F = p < 0,001$		
	RESPONSABILITÉ ENVERS SA SANTÉ	
Variables cognitives-perceptuelles		
Perception de l'auto-efficacité	0,25	<0,001
R^2 ajusté = 0,13 Sig $F = p < 0,001$		
Variables modifiante		
Sexe	0,19	0,01
R^2 ajusté = 0,19 Δ Sig $F = p < 0,018$		
	ACTIVITÉ PHYSIQUE	
Variables cognitives-perceptuelles		
Perception de l'auto-efficacité	0,17	0,01
Perception de l'état de santé	0,32	<0,001
R^2 ajusté = 0,17 Sig $F = p < 0,001$		
Variables modifiante		
Influence des professeurs	0,20	0,008
Exigences académiques	-0,14	0,05
Genre	-0,15	0,05
Âge	-0,28	0,006
R^2 ajusté = 0,24 Δ Sig $F = p < 0,009$		

Tableau 3 (suite)

		SAINE NUTRITION
Variables cognitives-perceptuelles		
Perception de l'auto-efficacité	0,23	0,003
Perception de l'état de santé	0,23	0,001
R^2 ajusté = 0,15 Sig $F = p < 0,001$		
		SOUTIEN INTERPERSONNEL
Variables cognitives-perceptuelles		
Perception de l'auto-efficacité	0,34	<0,001
R^2 ajusté = 0,13 Sig $F = p < 0,001$		
Variables modifiante		
Lieu de naissance	0,27	0,001
R^2 ajusté = 0,22 Δ Sig $F = p < 0,002$		
		GESTION DU STRESS
Variables cognitives-perceptuelles		
Perception de l'auto-efficacité	0,26	0,001
Perception de l'état de santé	0,24	0,003
Foyer externe × importance de la santé	-0,21	0,04
R^2 ajusté = 0,16 Sig $F = p < 0,001$		

Le tableau 3 présente les résultats des analyses de régression multiple hiérarchique entre les variables cognitives-perceptuelles, les variables modifiantes et chacune des dimensions des comportements de promotion de la santé. Seules les variables contribuant de façon significative à la variance de chacun des comportements de promotion de la santé figurent dans ce tableau. Il est intéressant de constater que la variable perception de l'auto-efficacité assure une prédiction constante pour tous les comportements de promotion de la santé. La perception de l'état de santé joue un rôle prédictif important dans la fréquence des comportements reliés à l'activité physique. La variable interactive «contrôle perçu de la santé × importance de la santé» est un prédicteur de la gestion du stress. Un foyer externe interagissant avec une perception peu importante de la santé est un prédicteur négatif de la gestion du stress. Le contexte académique, y compris l'influence des professeurs et les exigences académiques, s'avère être une variable prédisant l'activité physique des étudiantes. Le fait d'être une femme est un prédicteur des comportements de responsabilité envers sa santé tandis que le fait d'être un homme est un prédicteur des activités physiques. Également, plus on est jeune, plus on s'engage significativement dans des activités physiques. Enfin, être né au Québec est un prédicteur significatif des comportements reliés au soutien interpersonnel.

Discussion des résultats

Modèle de promotion de la santé de Pender

Le modèle de Pender (1987), qui a servi d'assise théorique à cette étude, explique un pourcentage relativement élevé de la variance des comportements de promotion de la santé d'étudiantes en sciences infirmières de niveau universitaire. Ce modèle postule, entre autres, que les variables cognitives-perceptuelles exercent une force motivatrice directe sur les comportements de promotion de la santé et que les variables modifiantes n'exercent qu'une influence indirecte sur ces mêmes comportements. Dans la présente étude, une grande proportion du pourcentage de la variance des comportements de promotion de la santé est expliquée par les deux variables cognitives-perceptuelles « perception de l'auto-efficacité » et « perception de l'état de santé ». La variable « contexte académique : influence des professeurs » et la caractéristique démographique « lieu de naissance » se sont avérées être les seules variables modifiantes prédictives des comportements de promotion de la santé. La contribution de ces dernières est modérée, ce qui était attendu étant donné l'influence indirecte de ces variables théoriquement postulée par Pender (1987).

Variables cognitives-perceptuelles

Lorsqu'on examine de plus près les poids bêta de chacune de ces variables cognitives-perceptuelles, il en ressort que la perception de l'auto-efficacité est le meilleur prédicteur de l'étude. Le pouvoir explicatif de l'auto-efficacité dans l'engagement de comportements de promotion de la santé corrobore les résultats de plusieurs auteurs qui ont utilisé Pender comme modèle de prédiction des comportements de promotion de la santé (Pender et al., 1990 ; Stuifbergen & Becker, 1994 ; Waller et al., 1988 ; Weitzel, 1989). La perception de l'auto-efficacité est une variable prédictive non seulement pour l'ensemble des comportements de promotion de la santé mais aussi pour chacun des comportements examinés individuellement.

Il semble donc que, lorsque les étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières sont confiantes en leurs habiletés personnelles à organiser et à exécuter un plan d'action, elles manifestent une fréquence accrue de comportements de promotion de la santé. Ce résultat a des implications importantes pour les professeures responsables des programmes de formation infirmière universitaire puisque la perception de l'auto-efficacité est une variable attitudinale qui peut être modifiée. Il souligne l'importance pour les professeures d'utiliser certaines straté-

gies susceptibles de développer et de maintenir la confiance des étudiantes dans l'organisation et l'exécution de leurs travaux académiques et dans l'acquisition des comportements de promotion de la santé. Ce point est d'autant plus important que les résultats de l'étude démontrent que l'attitude et les attentes des professeures influent sur l'adoption de comportements de promotion de la santé chez les étudiantes en sciences infirmières.

Le lien significatif obtenu entre la perception de l'état de santé et les comportements de promotion de la santé est également rapporté par plusieurs études (Frank-Stromborg et al., 1990; Pender et al., 1990; Weitzel, 1989). Ce lien peut être expliqué par la possibilité que plus les étudiantes croient être en bonne santé, plus elles tentent de maintenir cette santé en adoptant des comportements de promotion de la santé. Il peut également être expliqué par la possibilité que plus les étudiantes s'engagent dans un mode de vie sain, plus elles se sentent en santé.

Aucun lien significatif n'a été obtenu entre la variable interactive « contrôle perçu de la santé × importance de la santé » et l'ensemble des comportements de promotion de la santé. Ce résultat ne soutient pas la proposition théorique qui postule que plus une personne croit que la santé est sous son contrôle personnel (orientation interne du foyer de contrôle) et que sa santé a une valeur importante, plus cette personne s'engagera dans des comportements de promotion de la santé. Cependant, il est possible que le contrôle personnel face à la santé et l'importance qu'on y accorde, variables identifiées comme malléables, soient tributaires de l'apprentissage des étudiantes en matière de santé sur une période continue. En d'autres mots, il est possible que le contrôle de la santé et la valeur accordée à celle-ci changent au cours de la formation universitaire de ces étudiantes par un contenu de cours axé sur la santé, par l'adoption plus importante de comportements de promotion de la santé et par le rôle continu qu'occuperont les professeures comme modèles de santé.

Variables modifiantes

Le « contexte académique : influence des professeurs » est confirmé comme variable prédictive des comportements de promotion de la santé. Cependant, sa contribution est plutôt modeste. Il est possible que ce résultat soit le reflet d'une collecte de données tenue trop tôt pour ces étudiantes de première année. Les professeurs sont encore peu connus et peuvent n'exercer qu'une influence très minime à ce moment de la formation. Ce commentaire peut également s'adresser à la dimension exigences académiques.

Il est également possible que les résultats peu significatifs reliés au contexte académique s'expliquent par le manque de sensibilité de l'Échelle du contexte académique à saisir l'information requise. Cette étude pilote a d'ailleurs engagé les chercheurs vers un examen plus approfondi de cette échelle de même que l'Échelle des influences interpersonnelles. Une rencontre effectuée, après l'étude pilote, auprès d'une vingtaine d'étudiantes de troisième année en sciences infirmières a permis de constater la faiblesse de la validité de contenu de ces échelles. Une analyse factorielle subséquente à cette rencontre a permis de dégager plusieurs dimensions nouvelles reflétant mieux l'expérience académique et interpersonnelle d'étudiantes infirmières. L'Échelle des influences interpersonnelles contient maintenant neuf éléments et tient compte des influences de la famille, ainsi que des amis et des amis de coeur dans l'adoption de comportements de promotion de la santé. L'Échelle du contexte académique comporte 20 éléments dans sa nouvelle version et considère, entre autres, le nombre de crédits, le nombre d'heures d'études et de travail rémunéré, l'utilisation des services parascolaires, la complexité du contenu des cours, l'importance que les professeurs accordent aux comportements de promotion de la santé des étudiantes et leur encouragement à cet égard, et les connaissances acquises sur la santé.

Il est possible que le lien significatif obtenu entre le lieu de naissance et les comportements de promotion de la santé soit expliqué par le fait que la santé et les comportements de santé soient perçus différemment par la population étudiante née au Québec et celle née hors Québec. Les activités entreprises par cette dernière population pour promouvoir la santé peuvent ainsi différer pour des raisons culturelles et socio-économiques.

Conclusion

La santé de la personne, famille, groupe ou communauté est un des concepts du métaparadigme infirmier. La santé est à la base de la profession infirmière et la rend exclusive au sens du Code des Professions. La santé pour tous est la priorité d'action des soins de santé primaires et forme, par conséquent, le coeur de la formation professionnelle en sciences infirmières. Les études universitaires en sciences infirmières sont un moment stratégique pour l'apprentissage des étudiantes en regard de leur santé. Le contexte académique devrait hypothétiquement supporter cet apprentissage. La vérification de cette hypothèse constitue l'originalité de l'étude longitudinale présentement en cours.

Notes

1. Aux fins du présent texte, le féminin comprend le masculin.
2. Dans le cadre de cette étude pilote, la version française de l'instrument *Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)* (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978), composé de trois orientations de foyer de contrôle – interne, externe-chance et externe-pouvoir des autres – a également été utilisée, par mesure de comparaison avec le HLC. Le MHLC est plus récent et plus utilisé que le HLC. Cependant, il a été jugé préférable de ne présenter dans ce document que les résultats obtenus avec le HLC, à cause de leur similarité avec ceux obtenus avec le MHLC. Ce choix est également fondé sur des analyses des deux instruments qui proposent le retour vers le HLC pour ses valeurs psychométriques supérieures et son utilisation plus simple (Cooper & Fraboni, 1988).

Références

Bandura, A. (1986). *Social learning theory*. Englewood, New Jersey : Prentice Hall.

Bouchard, L. (1993). *The relationship among eudaimonistic conception of health, internal cancer locus of control, hope, and health-promoting lifestyle in women with breast cancer*. Unpublished Ph.D. dissertation, New York University. New York : School of Education, Health, Nursing, and Arts Professions.

Boyd, M.A. (1988). Level of wellness of nursing students. *Health Values, 12*(5), 14-20.

Camooso, C., Greene, M., Hoffman, J., Leuner, J., Mattis, C., Ptaszynski, E., Reiley, P., Silver, S., Winfrey, M.E., & Winland, J. (1980). Preventive health practices of generic baccalaureate nursing students. *Nursing Research, 29*(4), 256-257.

Clarke, A.C. (1991). Nurses as role models and health educators. *Journal of Advanced Nursing, 16*(10), 1178-1184.

Clément, M., Bouchard, L., Jankowski, L.W., & Perreault, M. (1992). *Échelle des Influences Interpersonnelles et Échelle du Contexte Académique*. Université de Montréal : Document non publié.

Coons, S.J. (1989). The effect of self-care information on health-related attitudes and beliefs of college students. *Journal of American College Health, 38*(3), 121-124.

Coop, L.A. (1984). Health promotion and disease prevention : A data-based approach to curriculum. *Nursing and Health Care, 5*(5), 257-261.

Cooper, D., & Fraboni, M. (1988). Toward a more valid and reliable health locus of control scale. *Journal of Clinical Psychology, 44*(4), 536-540.

Dishman, R. K., Ickes, W., & Morgan, W. P. (1980). Self-motivation and adherence to habitual physical activity. *Journal of Applied Social Psychology, 10*, 115-132.

Dittmar, S.S., Haughey, B.P., O'Shea, R.M., & Brasure, J. (1989). Health practices of nursing students : A survey. *Health Values, 13*(2), 24-31.

Duffy, M.E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research, 37*(6), 358-362.

Feeley, N., & Gerez-Lisette, T. (1992). Development of professional practice based on the McGill model of nursing in an ambulatory care setting. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 801-808.

Frachel, R.R. (1984). Health hazard appraisal : Personal and professional implications. *Journal of Nursing Education, 23*(6), 265-267.

Frank-Stromborg, M., Pender, N.J., Walker, S.N., & Sechrist, K.R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science and Medicine, 31*(10), 1159-1168.

Gouvernement du Québec (1987). *Et la santé, ça va ?* Tome 1 Rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Québec : Ministère des communications.

Green, L.W. (1984). Modifying and developing health behavior. *Annual Review of Public Health, 5*, 215-236.

Grossman, M., & Hooton, M. (1993). The significance of the relationship between a discipline and its practice. *Journal of Advanced Nursing, 18*(6), 866-872.

Hadubiak, G.C. (1986). *Health education and lifestyle*. Saskatoon : University of Saskatchewan. Manuscrit non publié.

Kelley Walsh, K., VandenBosch, T.M., & Boehm, S. (1989). Modelling and role-modelling : Integrating nursing theory into practice. *Journal of Advanced Nursing, 14*(9), 755-761.

Lakin, J. A. (1988). Self-care, health locus of control, and health value among faculty women. *Public Health Nursing, 5*(1), 37-44.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être (1987). *The active health report-perspectives on Canada's health promotion survey*, 1985. Ottawa : Auteur.

Murphy, F. (1994). A staff development programme to support the incorporation of the McGill model of nursing into an out-patient clinic department. *Journal of Advanced Nursing, 20*(4), 750-754.

Novak, J.C. (1988). The social mandate and historical basis for nursing's role in health promotion. *Journal of Professional Nursing, 4*(2), 80-87.

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2e éd.). Toronto : McGraw-Hill.

O'Connell, J. K., & Price, J. H. (1982). Health locus of control of physical fitness-program participants. *Perceptual and Motor Skills, 55*, 925-926.

Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2e éd.). Norwalk : Appleton and Lange.

Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Frank-Sromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research, 39*(6), 326-332.

Richardson, S.F., & Petrarca, D.V. (1990). Educating nurses in health promotion. *Journal of Nursing Education, 29*(8), 351-354.

Richter, J.M., Malkiewicz, J.A., & Shaw, D. (1987). Health promotion behaviors in nursing students. *Journal of Nursing Education, 26*(9), 367-371.

Robinson, J.P., & Shaver, P.R. (1973). *Measures of social psychological attitudes.* Ann Arbor, MI : Institute for Social Research, University of Michigan.

Rodrigue, C. (1992). *Auto-efficacité, définition de la santé et comportements de promotion de la santé de femmes âgées vivant seules.* Mémoire de maîtrise, non-publié. Université de Montréal.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values.* New York : Free Press.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1, Whole No. 609).

Sabina-McVety, D., Booth, B.F., Orban, W.A.R., & Richards, G.S. (1988). An analysis of the lifestyle, exercice habits and cardio-vascular fitness of an undergraduate nursing population. *Canadian Journal of Public Health, 79*(1), 16-19.

Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale : Construction and validation. *Psychological Reports, 51*(2), 663-671.

Soeken, K.L., Bausell, R.B., Winklestein, M., & Carson, V.J. (1989). Preventive behaviour : Attitudes and compliance of nursing students. *Journal of Advanced Nursing, 14*(12), 1026-1033.

Speake, D.L., Cowart, M.E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing and Health, 12*(2), 93-100.

Stuifbergen, A.K., & Becker, H.A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. *Research in Nursing and Health, 17*(1), 3-13.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1989). *Using multivariate statistics* (2e éd.). New York : Harper & Row Publishers.

Toner, J. B., & Manuk, S.B. (1979). Health locus of control and health-related information seeking at a hypertension screening. *Social Science and Medicine, 13A*(6), 823-825.

Walker, S.N. & Pender, N.J. (1987). Explaining health-promoting behavior among older adults. In *International Nursing Research Conference Abstracts. Nursing advances in health : Models, methods, and applications.* p.444. Kansas City, Missouri : American Nurses' Association.

Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. *Nursing Research, 36*(2), 76-81.

Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1988). Health-promoting life styles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science, 11*(1), 76-90.

Waller, P.R., Crow, C., Sands, D., & Becker, H. (1988). Health related attitudes and health promoting behaviors : Differences between health fair attenders and a community comparison group. *American Journal of Health Promotion, 3*(1), 17-24,32.

Wallston, K.A. (1991). The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Education Research, 6*(2), 251-252.

Wallston, K. A., Maides, S., & Wallston, B. S. (1976). Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality, 10,* 215-222.

Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs, 6*(2), 161-170.

Wallston, B.S., Wallston, K.A., Kaplan, G.D., & Maides, S.A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*(4), 580-585.

Ware, J.E., Davis-Avery, A., & Donald, C.A. (1978). *Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study – Vol. V, General health perceptions.* Santa Monica : The Rand Corporation.

Weitzel, M.H. (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. *Nursing Research, 38*(2), 99-104.

World Health Organisation (1979). *Report of the workshop on the role of nursing in primary health care.* Nairobi : September 30 – October 1.

Remerciements

Cette recherce a été subventionnée par le Comité d'attribution des fonds internes de recherche (CAFIR) de l'Université de Montréal, #107.

Les auteurs tiennent à remercier Madame B. Vissandjee pour ses avis dans la présentation de ce manuscrit et Madame L. Lechasseur pour son assistance technique.