

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Porter soins et secours en milieu
extra-hospitalier : les besoins en compétences et en formation exprimés par
des adolescents**

Auteur : Sauvage, Chloé

Promoteur(s) : Pétré, Benoît; Leclercq, Dieudonné

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en éducation thérapeutique
du patient

Année académique : 2018-2019

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/7290>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**PORTER SOINS ET SECOURS EN MILIEU EXTRA-
HOSPITALIER : LES BESOINS EN COMPETENCES ET EN
FORMATION EXPRIMES PAR DES ADOLESCENTS**

Mémoire présenté par **Chloé Sauvage**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Education Thérapeutique du Patient
Année académique 2018 - 2019

**PORTER SOINS ET SECOURS EN MILIEU EXTRA-
HOSPITALIER : LES BESOINS EN COMPETENCES ET EN
FORMATION EXPRIMES PAR DES ADOLESCENTS**

Mémoire présenté par **Chloé Sauvage**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Education Thérapeutique du Patient

Année académique 2018 - 2019

Responsable de finalité spécialisée : Monsieur Benoît Pétré

Promoteur de mémoire : Monsieur Benoît Pétré

Co-promoteur de mémoire : Monsieur Dieudonné Leclercq

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement, à mon promoteur Monsieur Benoît Pétré, Docteur en Santé publique ainsi qu'à mon co-promoteur Monsieur Dieudonné Leclercq, Docteur en Sciences de l'éducation, qui m'ont fait part de leur expertise, qui ont pu m'accorder de leur temps pour me conseiller, m'orienter dans la meilleure direction et qui se sont montrés d'une grande disponibilité tout au long de ces deux années académiques.

Je souhaite également remercier tous les adolescents qui ont accepté de participer à cette étude ainsi qu'à leurs professeurs et directeurs, sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Je tiens à remercier ma maman et mon compagnon qui se sont montrés d'un soutien inconditionnel tout au long de mes études, qui ont cru en moi et qui m'ont encouragée dans les moments les plus difficiles.

Merci à mes proches et à mes amis pour leurs encouragements multiples, leur bienveillance et pour cette amitié sincère.

Merci de tout cœur aux personnes qui ont contribué à la relecture de ce mémoire.

Enfin, je remercie Oliver et Nelson, mes compagnons fidèles, toujours à mes côtés.

Lexique

- ASCID = 12 facteurs expliquant la conduite en éducation thérapeutique du patient
- OMS = Organisation Mondiale de la Santé
- RCP = réanimation cardio pulmonaire
- DEA = défibrillateur externe automatisé
- BLS = Basic Life Support
- ESF = Education à la Santé Familiale
- EPSS = Education à porter soins et secours
- ETP = Education Thérapeutique du Patient
- QdV = Qualité de vie
- PS&S = Porter soins et secours

Tables des matières

1	RESUME	1
2	PREAMBULE	1
3	INTRODUCTION	3
3.1	EPIDEMIOLOGIE	3
3.2	ETAT DES LIEUX : FORMATIONS EN PREMIERS SECOURS AU TRAVERS DE DIFFERENTS PAYS	4
3.3	INTERET D'UNE FORMATION EN SOINS ET SECOURS AU CŒUR DU MILIEU SCOLAIRE	5
3.4	L'EDUCATION A LA SANTE FAMILIALE – EDUCATION A PORTER SOINS ET SECOURS	7
3.5	LA POPULATION ADOLESCENTE	9
3.6	LE SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITE, D'APTITUDE	10
3.7	QUALITE DE VIE	12
3.8	CONSTATS	14
3.9	QUESTION DE RECHERCHE	15
3.10	OBJECTIFS	15
3.11	HYPOTHESES	15
4	MATERIEL ET METHODES	16
4.1	TYPE D'ETUDE	16
4.2	POPULATION ETUDIEE	16
4.2.1	CRITERES D'INCLUSION	16
4.2.2	CRITERES D'EXCLUSION	17
4.3	METHODE D'ECHANTILLONNAGE ET ECHANTILLON	17
4.4	PARAMETRES ETUDIES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES	18
4.4.1	OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES	18
4.4.2	PARAMETRES ETUDIES	19
4.5	PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNEES	20
4.6	ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	20
4.7	TRAITEMENT DES DONNEES ET METHODES D'ANALYSE	21
5	RESULTATS	24
5.1	FLOW CHART	24
5.2	CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION CIBLE	24
5.3	VARIABLES « PORTER SOINS ET SECOURS »	24
5.3.1	SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITE ET GENRE	26

5.3.2	BESOINS DECLARES ET GENRE.....	26
5.4	QUALITE DE VIE	27
5.5	ASSOCIATIONS QdV AVEC LES BESOINS DECLARES ET SENTIMENT D’AUTO-EFFICACITE.....	29
5.5.1	QdV ET BESOINS DECLARES	29
5.5.2	QdV ET SENTIMENT D’AUTO-EFFICACITE.....	29
5.6	ASSOCIATIONS ENTRE SENTIMENT D’AUTO-EFFICACITE ET FORMATION REÇUE	30
5.7	ASSOCIATION ENTRE SENTIMENT D’AUTO-EFFICACITE ET FORMATION SOUHAITEE	30
<u>6</u>	<u>DISCUSSION, PERSPECTIVES ET CONCLUSION</u>	<u>31</u>
6.1	RESULTATS	31
6.2	FORCES ET LIMITES DE L’ETUDE.....	35
6.2.1	BIAIS IDENTIFIES	36
6.3	PERSPECTIVES	36
<u>7</u>	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>37</u>
<u>8</u>	<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>38</u>
8.1	ARTICLES SCIENTIFIQUES.....	38
8.2	OUVRAGES.....	40
8.3	THESES ET MEMOIRES	40
8.4	COLLOQUES, CONFERENCES ET NOTES DE COURS	41
8.5	SITES INTERNET ET SITES WEB	41
<u>9</u>	<u>ANNEXES.....</u>	<u>43</u>
9.1	ANNEXE 1	43
9.2	ANNEXE 2	44
9.3	ANNEXE 3	45
9.4	ANNEXE 4	46
9.5	ANNEXE 5	47
9.6	ANNEXE 6	48
9.7	ANNEXE 7	49
9.8	ANNEXE 8	50
9.9	ANNEXE 9	51
9.10	ANNEXE 10	52
9.11	ANNEXE 11	53
9.12	ANNEXE 12	54

1 Résumé

Introduction

L'épidémiologie indique que les accidents domestiques et les arrêts cardiaques causent de nombreux décès chaque année. De plus les hôpitaux font face à un surinvestissement au niveau des services d'urgence. Des réponses sont mises en œuvre afin de pallier à ce constat, telles que des formations en secourisme, un programme de « safe community », une éducation en santé ainsi que l'éducation à la santé familiale. Cependant, une absence de programme standardisé concernant les soins et secours dans les écoles, est constatée au niveau européen et notamment en Belgique francophone.

Matériel et méthodes

L'échantillon final est composé de 248 adolescents âgés de 16 ans environ. Ils sont scolarisés dans 9 écoles de la province de Liège. L'étude porte sur un questionnaire principalement quantitatif en deux parties, basé sur des études existantes. Le premier a pour objectif d'évaluer les représentations des étudiants sur la qualité de vie à l'aide de 20 items. Le second évalue les besoins déclarés et le sentiment de compétence perçu dans le domaine des soins et secours avec une liste de 26 items. Des données socio-démographiques sont également récoltées.

Résultats

Les adolescents se montrent particulièrement désireux pour des formations sur le massage cardiaque (77,4%), la réaction à adopter en cas de malaise d'une personne (74,6%) et les premiers soins pour une foulure (68,5%). Le sentiment d'auto-efficacité associé à ces besoins déclarés s'avère être faible (de 29,8 à 34,3%). Les statistiques démontrent que moins le sentiment d'auto-efficacité est élevé plus ils ont tendance à souhaiter participer à une formation ($p < 0,001$). D'ailleurs, avoir participé à une formation permet une augmentation du sentiment de compétence. Le genre est associé significativement aux besoins et au sentiment de compétence. 94,76% des adolescents ont priorisé la santé parmi les items sur la qualité de vie.

Conclusion

Cette étude a permis de rendre compte de faibles compétences perçues associées à un besoin de formation dans le domaine des soins et secours. Ceci est en rapport avec un manque probant de formation dans ce domaine. Une réelle opportunité se présente quant à la mise en place d'une nouvelle formation à porter soins et secours en province de Liège.

Mots clés : Soins et secours – Adolescence – Qualité de vie – Santé publique – Education Thérapeutique du Patient – Education à la Santé Familiale

Abstract

Introduction

Epidemiology shows that domestic accidents and cardiac arrests cause many deaths each year. Furthermore hospitals have to face an over-investment in the emergency services. Answers are put to work to respond to this finding, such as first aid training, a « safe community » program, Family Health Education. However, a lack of standardized program concerning first aid care at school has been noticed in Europe and especially in the French-speaking part of Belgium.

Material and methods

The final sample group is composed of 248 teenagers aged around 16 years old. They come from 9 different schools in the Liège province. The study carries a mainly quantitative two-parts questionnaire, based on existing studies. The first one aims to evaluate the students' representations about quality of life, with the help of 20 items. The second one evaluates the stated needs and the sense of perceived competence in the field of first aid care, using a list of 26 items. Sociodemographic data are also collected.

Results

Teenagers show a particular interest for training sessions on heart massage (77,4%), how to cope with a person in distress (74,6%) and first aid in the event of a strain (68,5%). Self confidence associated with those needs tends to be low (29,8 to 34,3%). Statistics show that the lower the self confidence is, the more likely they are to take part in training sessions ($p < 0,001$). Having participated in a training session increases the feeling of confidence. Gender is strongly associated with needs and sense of confidence. 94,76% of teenagers prioritized health among quality of life items.

Conclusion

This study has highlighted low perceived skills associated with a need for training in the area of first aid care. This is related to an obvious lack of training in this area. A real opportunity has arisen to set up a new training program based on first aid care in the Liège province.

Key words : First aid care – Teenagers – Quality of life – Public Health – Patient Therapeutic Education – Family Health Education

2 Préambule

« Porter soins et secours » porte une symbolique importante ; avoir la responsabilité de la santé de son prochain. C'est une dimension qui met en exergue, chez « le sauveteur », le sentiment d'auto-efficacité, c'est à dire, la capacité à agir face à des situations d'urgence ou du quotidien. De plus, la responsabilité que l'on détient vis-à-vis de la victime est mise en jeu, que celle-ci soit au sein de sa famille, de ses proches ou de son entourage. Les enjeux peuvent en effet être considérables et influencer la capacité à agir de l'individu.

L'objectif de notre travail sera de déterminer, dans un premier temps les attentes actuelles des adolescents d'environ 16 ans au sein d'un milieu scolaire vis-à-vis des soins et secours. Les besoins exprimés des jeunes étudiants prennent en compte aussi bien les perceptions de leurs propres compétences pour réaliser des soins dans des situations d'urgence ou de la vie quotidienne que leur souhait de formation. Dans un second temps, les représentations dans le domaine de la qualité de vie seront également évaluées et mises en relation avec les concepts touchant aux soins et secours. Deux questionnaires ont été élaborés dans l'optique d'évaluer ces différents liens, l'un sur la qualité de vie et le second sur les soins et secours. Au-delà de cela, les résultats de ce travail pourraient aider à engendrer une prise de conscience et à responsabiliser les jeunes adolescents. Ceci est important dans la mesure où, ils représentent une partie de la population potentiellement confrontée et sensibilisée aux soins d'urgences et qui est de plus en plus en interaction avec l'ensemble de la population plus jeune et plus âgée par les liens familiaux. Ils pourraient donc agir et répandre leur savoir de manière optimale. « Agir pour la santé » ; un acte important dans le domaine de la Santé publique et qui est encore trop peu présent au sein des écoles secondaires en Belgique francophone.

Ce sujet de mémoire reflète la finalité que j'ai choisie dans le cadre de ce master en Sciences de la Santé publique : « Education thérapeutique du patient ». Une finalité qui m'est apparue évidente lors de mon inscription dans ce Master, bien qu'elle fût à cette période, encore relativement peu développée en Belgique. Le cheminement qu'elle illustre au niveau de la relation thérapeutique entre un intervenant en santé et un patient dans l'optique d'éduquer pour soigner a focalisé tout mon intérêt.

En accord avec cela, la structure de notre étude fait référence à certains déterminants de l'apprentissage comprenant une partie du diagnostic éducatif de Iguenane et Gagnayre (Pétre 2016) « Qui il est ? Qu'est-ce qu'il sait faire ? (Pétre 2016) » ainsi que l'auto-évaluation de ses capacités avec le modèle d'ASCID (Leclercq 2010) pesant sur la décision de demande de formation (Leclercq 2009) : analyser les données socio-démographiques, les représentations sur la qualité de vie, le sentiment d'efficacité personnelle et les attentes des adolescents préalablement à la conception d'une formation potentielle. Ces différentes variables nous montrent l'évidence du paradigme holistique de l'ETP intégré que nous avons voulu analyser. De plus, placer le jeune au centre d'une stratégie, d'abord en tant qu'apprenant et, par la suite, comme « acteur-éducateur », est un élément clé faisant partie intégrante de l'éducation thérapeutique.

En effet, il paraît indispensable, avant toute création de formation, d'évaluer ces paramètres afin, par la suite, de pouvoir cibler de manière pertinente les objectifs et les modalités de ces futures formations.

3 Introduction

3.1 Epidémiologie

Dès les années 1980, les accidents de la vie courante ont été reconnus en France. Ces accidents domestiques sont liés aux modes de vie (Baudier 2005). Ils ne sont pas intentionnels et ne concernent pas les accidents de la route ou les accidents liés au travail (Lasbeur & Thélot 2010). En 1980, il y eut 1531 décès d'enfants âgés de moins de 15 ans et 318 décès en 1998 (Sznajder et al. 2003). En 2006, les décès par accident domestique en France métropolitaine représentaient 3,6% de la mortalité totale et un décès sur 8 concernait les enfants âgés de 5 à 14 ans. Les constats actuels indiquent que plus l'âge de la population augmente, plus le taux de mortalité augmente, avec le taux le plus élevé à partir de 75 ans (Lasbeur & Thélot 2010). Il n'existe pas encore de données actuelles concernant ces accidents de la vie quotidienne en Belgique.

En ce qui concerne les soins d'urgence, les arrêts cardiaques "soudains" sont considérés comme l'une des premières causes de décès en Europe ainsi qu'aux Etats-Unis (Atwood, S. Elsenberg, Herlitz & D. Rea 2005). En Belgique, environ 10 000 personnes décèdent d'un arrêt cardiaque en dehors de l'hôpital. La survie dépend principalement des soins médicaux d'urgence appliqués à la personne, et sont concernés dans les deux premiers maillons de la chaîne de survie : alerter les secours et réaliser les premiers gestes de secours (Hosmans, Micheels & Lamy 2016).

Une éducation inappropriée de la population dans ce domaine peut aussi conduire à une utilisation inadéquate des services d'urgence hospitaliers. A ce sujet, au niveau du besoin « perçu » de la population concernant les interventions en santé, une étude du KCE « Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé » (2016) a indiqué une utilisation inappropriée des services d'urgence en Belgique. En 2012, il y eut « 290 contacts avec les services d'urgence pour 1000 habitants en Belgique » (KCE 2016), des chiffres élevés qui ont augmenté entre 2009 et 2012 notamment. La trop grande fréquentation des services s'explique par la grande accessibilité de ces services, une bonne connaissance de ces services par les patients, une mauvaise perception des individus concernant leurs symptômes, ainsi que par des raisons financières ; les urgences permettant de recourir au système du tiers-payant. Cette hausse de fréquentation a des conséquences non négligeables telles qu'une augmentation des dépenses

de l'assurance maladie. De plus, elle demande une grande disponibilité de la part des professionnels en santé dans ce domaine qui sont pourtant en pénuries (KCE 2016).

Nous pouvons relater face à cette épidémiologie, des problèmes majeurs dans le domaine de la Santé publique. Actuellement, différentes formations sont mises en œuvre afin de tenter d'y répondre : des formations en secourisme et plus récemment, le concept de « Safe community », l'éducation en santé, et enfin l'éducation à la santé familiale. Ces différents concepts seront approfondis au travers de cette partie théorique introductive.

L'OMS a pu notamment s'investir, dans le domaine des accidents de la vie courante à travers des programmes « safe community » afin de promouvoir la sécurité de la population en lien avec la santé (Baudier 2005). En Belgique, en 2000, la ville de Fontaine-l'évêque a intégré le concept de safe community et est devenue une « ville pilote » au niveau de la prévention et promotion de la sécurité. L'épidémiologie de la commune a indiqué entre autres, un grand nombre d'accidents chez les personnes âgées dus à des déséquilibres causant des chutes. Leur objectif a été d'améliorer l'équilibre chez cette population cible en mettant en œuvre des interventions multifactorielles dans leur environnement afin d'y remédier (Educa Santé 2019). En accord avec cela, des programmes axés sur l'éducation ainsi que les programmes « safe community » et les actions de terrain ont permis de diminuer le taux de mortalité des accidents domestiques en France (Sznajder et al. 2003).

Selon Van den Heede et Van de Voorde (2016), un grand nombre d'études ont démontré l'efficacité de l'éducation multidimensionnelle sur une utilisation plus appropriée des services d'urgence.

L'ensemble de ces indicateurs nous montre l'importance d'interventions éducatives dans le domaine des « soins et secours », afin de diminuer le taux de mortalité et d'optimiser l'utilisation des ressources, en particulier les services d'urgence.

3.2 Etat des lieux : formations en premiers secours au travers de différents pays

La littérature concernant les soins et secours fait principalement écho aux formations en réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Il est intéressant d'examiner la fréquence et l'évolution de ces formations en soins d'urgence en Europe.

Tout d'abord en 2012, le Parlement européen a publié une déclaration dans laquelle il a recommandé les formations de réanimation cardio-pulmonaire (Lockey, Barton & Yoxall 2016). Par la suite, en 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a soutenu la formation

en RCP au sein du milieu scolaire dans le monde entier (Lukas and al. 2016). Cependant, en 2016, une absence de programme standardisé dans les écoles était constatée au niveau européen (Lukas and al. 2016) et aucune formation obligatoire n'était mise en place dans la majorité des pays européens. (Lockey, Barton & Yoxall 2016). L'état des lieux en 2017 démontre qu'en Europe, seulement 5 pays – Belgique, France, Danemark, Italie, Portugal – ont inclus cette éducation à la réanimation dans la législation (Böttiger, Semeraro & Wingen 2017).

En Belgique, il existe le Conseil Belge de Réanimation (BRC) ; une association scientifique qui s'occupe de la promotion et de l'amélioration de la réanimation en Belgique (Belgian Resuscitation Council 2019). Depuis 2013 en Belgique francophone, la Croix-Rouge permet aux enseignants de suivre une formation payante : le Brevet Européen de Premiers Secours (BEPS). Par la suite, une seconde formation gratuite est envisageable, la formation animateur-relais BEPS ou RCP, afin d'enseigner au sein d'une classe de secondaire ou supérieur (Croix-Rouge 2019). D'après la Croix-Rouge de Belgique (2019), depuis 2013, 39 000 personnes ont été formées aux premiers secours et actuellement 71 professeurs sont aptes à enseigner la formation à leurs élèves (Croix-Rouge 2019).

D'autre part, selon De Buck et al. (2015), « demander de l'aide, effectuer les premiers secours et réaliser une réanimation cardiorespiratoire (RCR) » est intégré au programme des écoles secondaires du côté de la Flandre.

En Norvège, depuis 1961, une formation obligatoire en RCP a été mise en place dans le milieu scolaire (Kanstad, Nilsen & Fredriksen 2011). En France, depuis 2006, la formation aux premiers secours est rendue obligatoire du collège au lycée (Ministère de l'Education nationale 2019).

En Belgique francophone, peu de littérature existe concernant les formations en soins et secours dans le milieu scolaire.

3.3 Intérêt d'une formation en soins et secours au cœur du milieu scolaire

Une enquête réalisée à Liège (Collin et al. 2017), a mis en œuvre des questionnaires et un cycle d'apprentissage concernant les soins et secours auprès de deux classes de secondaires au sein de la même école, et comportant un échantillon uniquement composé de filles. Les résultats ont montré une amélioration du sentiment de confiance à l'égard des situations d'arrêts cardiaques. Environ 90% des élèves ont reconnu l'utilité d'un cours sur le

BLS et DEA et environ 73% se sont montrés favorables à l'intégration obligatoire d'un tel programme dans le cours d'éducation physique (Collin et al. 2017).

En Norvège, une étude a été réalisée dans 9 écoles secondaires auprès de 376 élèves entre 16 et 19 ans. Ils ont été interrogés par rapport à leur niveau de connaissance en BLS (Basic Life Support) et leurs attitudes face à des situations d'urgence (Kanstad, Nilsen & Fredriksen 2011). Les résultats ont démontré que 75% des adolescents seraient intéressés par davantage de formations BLS. De plus, 86% étaient en accord avec l'obligation de la formation BLS à l'école. L'analyse des résultats précise que les étudiantes filles montraient significativement plus de motivation vis-à-vis des cours sur les soins et secours, que ce soit en milieu scolaire ou extérieur, par rapport aux étudiants garçons ($p < 0.001$). De ces conclusions, une hypothèse prend forme (4) : « Les étudiantes filles sont davantage demandeuses de formations par rapport aux étudiants garçons ».

Un mémorant, Lucien Colard (2017-2018) a réalisé une étude concernant la mise en place d'un cycle de premiers secours chez des adolescents de 15-16 ans. 112 élèves provenant de différentes écoles de la ville de Liège ont été interrogés sur leur intérêt concernant une formation en premiers secours. Au T0, avant la formation, 89% des étudiants ont montré leur accord quant à l'intégration de la formation en milieu scolaire et 95% ont montré leur intérêt vis-à-vis de l'acquisition de notions théoriques et pratiques en premiers secours.

L'enquête de De Buck et al. (2015) a regroupé 30 études provenant de différents continents ; 15 en Europe, 7 aux Etats-Unis, 3 en Australie et Nouvelle-Zélande, 2 en Afrique et 3 en Asie. Elle démontre que les jeunes de 11 à 19 ans sont aptes et demandeurs de formations de premiers secours afin d'améliorer la confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité. En effet, ces dernières variables obtiennent des résultats significativement plus élevés après avoir participé à la formation.

En conséquence, une hypothèse générale se déduit de ces résultats (2) « Les adolescents sont demandeurs de formations en soins et secours ».

Par contre, il existe des limites à ces formations qui sont liées uniquement à des apprentissages concernant les soins d'urgences et premiers secours. Une étude réalisée en France en 2016 par Riquet et al., a démontré les besoins déclarés en formation sur des situations de « soins et secours » dans la vie quotidienne en plus des soins d'urgence, suite à une formation récente « d'Education à la Santé Familiale ».

3.4 L'Éducation à la Santé Familiale – Education à Porter Soins et Secours

L'éducation à la santé, l'éducation à porter secours ainsi que l'éducation thérapeutique du patient sont les domaines « classiques » de l'éducation en santé (Riquet et al. 2016). L'éducation en santé permet notamment aux jeunes ainsi qu'aux familles de réintégrer les systèmes de soin, de se sentir plus responsables vis-à-vis de leur santé et de celle de leurs proches. Elle a également comme objectif, une optimisation des services de santé qui est actuellement problématique dans le domaine de la santé publique (d'Ivernois et al. 2010).

En 2006, le Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS) en France, a mis en place une nouvelle intervention éducative en santé (Riquet et al. 2016). Récemment, l'Education à la Santé Familiale (ESF) a été renommée « Education à Porter Soins et Secours (EPSS) », un nouveau concept qui renvoie à la thématique principale de ce mémoire (d'Ivernois et al. 2010). L'EPSS est définie selon d'Ivernois et Gagnayre (2010) : « *L'EPSS est un concept nouveau qui concerne les domaines de la prévention, des soins et du secourisme élargi appliqués à l'espace familial et de proximité de vie. Elle a un caractère opérationnel et d'application immédiate. Elle est dirigée vers l'autre, fondée sur la notion qu'au-delà du maintien de sa propre santé, il est essentiel d'apporter la santé à autrui (en particulier aux bébés, aux enfants et personnes âgées). En cela, elle constitue une éducation à la santé familiale. L'EPSS forme à une vigilance applicable au quotidien comme aux situations d'exception (canicule, grand froid, épidémies...); elle prépare à repérer et à faire face aux situations d'urgence, mais aussi aux problèmes de santé courants et aux petits maux de la vie quotidienne.* » (d'Ivernois et al. 2010).

L'EPSS semble être intrinsèquement liée au concept de Safe Community créé par l'OMS en 1989 (Educa Santé 2019). Safe Community évoque le lien inéluctable entre la santé et la sécurité chez tout être humain. Ce label met en avant une analyse auprès de la population quant à leurs choix et priorités vis-à-vis d'interventions sur la promotion de la sécurité et prévention des traumatismes. De plus, il met en exergue le rôle de l'éducation et de changement environnemental en lien avec la législation.

Depuis janvier 2012, le programme Safe Community répond à des critères provenant du Département de santé publique du Karolinka Institutet de Stockholm. Ces indicateurs impliquent notamment un partenariat entre des professionnels de santé et une population tout venant, qui porteront ensemble, la responsabilité de projets de promotion de la sécurité. Les critères de Safe Community sont adressés à une population de tout âge, dont les

populations les plus vulnérables : la sécurité des enfants, des personnes âgées, la sécurité dans différents environnements de la vie quotidienne etc... (Educa Santé 2019).

Force est de constater que l'EPSS semble répondre au programme de Safe Community. Ces deux approches commencent par une analyse des besoins des habitants afin, par la suite, d'impliquer la population-même à devenir actrice au sein des projets mis en place.

D'autre part, l'EPSS et Safe Community présentent des objectifs similaires en termes d'éducation, de prévention, de soins et de secourisme auprès d'une population de tout âge.

Une enquête en 2008 réalisée en France métropolitaine, a évalué les besoins d'une EPSS, auprès de 669 familles faisant partie des associations adhérant à l'Union Nationale des Associations familiales (UNAF). Les résultats indiquent que 72,4% des familles éprouvent le besoin d'une éducation à porter soins et secours ; 95,2% souhaiteraient une « formation aux gestes qui sauvent », 94% « gérer une situation d'urgence », 90,8% « repérer des situations d'urgence », 76,9% « comment éviter les accidents à domicile », 67,7% « gérer les problèmes de santé courants des bébés et enfants », 66,7% « être attentif à la santé des parents âgés » (d'Ivernois et al. 2010).

Par la suite, en 2016, Riquet et al. ont évalué « l'éducation à la santé familiale, la modélisation et expérimentation de nouvelles interventions éducatives à porter soins et secours » (Riquet et al. 2016). Ils ont mis en place des interventions auprès de 21 adolescents âgés d'environ 17 ans ; entre 9 et 12 heures de formations afin d'analyser par la suite, leur sentiment de compétence perçu au regard des soins et secours. Le questionnaire ainsi que les résultats suite à l'éducation à la santé familiale se trouvent en annexe 1.

A la suite de cette intervention, 69,87% des adolescents ont exprimé leur volonté quant à l'intégration de cette formation ESF au sein de leur Baccalauréat. Les résultats ont également indiqué, après la formation, ainsi que trois mois plus tard, une augmentation de leurs sentiments d'aptitude face à des situations de soins et secours (Riquet et al. 2016). Les items de ce questionnaire seront repris précisément dans le cadre de ce mémoire afin d'évaluer le sentiment d'auto-efficacité des élèves.

Ces constats confortent l'hypothèse (2) « Les adolescents sont demandeurs de formations en soins et secours ».

Les résultats de ces enquêtes en France, démontrent l'importance de cette nouvelle formation d'éducation à la santé familiale. Elle semble répondre aux manques de formations en Belgique comprenant l'ensemble des « soins et secours » et non uniquement le

secourisme. D'une part, elle illustre les besoins en formation des familles dans le domaine des soins et secours. D'autre part, elle indique une amélioration du sentiment d'auto-efficacité après avoir participé à une formation « à porter soins et secours » ainsi que le souhait des adolescents d'intégrer ce type de formation au sein du milieu scolaire.

3.5 La population adolescente

Les raisons expliquant le choix d'une population adolescente sont en majeure partie, sociologiques. Selon les auteurs (Collin et al. 2017), une sensibilisation des jeunes concernant les soins et secours en milieu scolaire permettrait, d'avoir une vaste population d'adultes formés aux techniques de soins. En effet, c'est un âge où l'objectif central est ciblé sur l'apprentissage, en partie à l'école. Par la suite, les étudiants pourraient donc transmettre leur savoir aux différentes générations avec lesquelles elles sont en contact – aux plus jeunes, comme aux plus âgés (Collin et al. 2017).

De plus, les gestes de premiers secours acquis au cours de la scolarité permettent d'augmenter le taux de survie vis-à-vis des accidents cardiaques en milieu extra-hospitalier (Böttiger, Semeraro & Wingen 2017), mais également de diminuer les accidents de la vie quotidienne (Sznajder et al. 2003). Eduquer les jeunes aux premiers secours entraîne plusieurs conséquences positives : une amélioration des compétences et capacités en RCP ainsi que des interactions sociales enrichissantes (Böttiger, Semeraro & Wingen 2017).

L'éducation des adolescents aux soins et secours fait référence à l'éducation en santé. Depuis 2001 à Liège, les hôpitaux intègrent de façon de plus en plus optimale la notion d'éducation thérapeutique du patient, un domaine de l'éducation en santé (ETP) (OMS 1998). Elle contribue à l'empowerment, c'est-à-dire rendre les citoyens ainsi que les patients autonomes vis-à-vis de leur propre prise en charge (Bassleer, Boulanger & Menozzi 2014). D'après la Charte de Ljubljana (1996) « La réforme des systèmes de santé doit répondre aux besoins des citoyens en tenant compte, dans le cadre du processus démocratique, de leurs attentes en matière de santé et de soins. L'opinion et le choix des citoyens doivent pouvoir exercer une influence décisive sur la façon dont les services de santé sont conçus et fonctionnent. Les citoyens doivent aussi partager la responsabilité de leur propre santé ». Cette charte reprend notamment des concepts qui seront analysés dans le cadre de ce mémoire ; analyser les besoins et attentes des jeunes adolescents et les rendre autonomes et responsables vis-à-vis de leur santé mais également de la santé d'autrui.

Selon l'OMS (1998), l'éducation thérapeutique permet également de diminuer l'utilisation des services de santé ainsi que les coûts qui y sont répercutés, ce pour les patients mais également pour la société. De plus elle permet de maintenir ou améliorer la qualité de vie des individus (OMS 1998).

L'éducation thérapeutique du patient associée à l'EPSS, domaines de l'éducation en santé reprennent les objectifs de ce mémoire : l'évaluation des besoins déclarés de cette population cible associés au sentiment de compétence, afin de mettre en exergue la prévention, le secourisme et les soins au sein de l'espace familial. Cette nouvelle étude reprend donc l'idée d'une EPSS en évaluant deux nouvelles variables auprès d'adolescents liégeois : le sentiment d'auto-efficacité et les représentations liées à la qualité de vie.

3.6 Le sentiment d'auto-efficacité, d'aptitude

Comme l'ont montré certains auteurs, le sentiment d'auto-efficacité semble varier en fonction de la participation à une formation. Il représente une variable importante à considérer dans cette nouvelle étude.

Le projet-pilote réalisé par Colin et al. (2017) sur la mise en place d'une formation en premiers secours met en exergue, qu'avant la formation, 90,9% des élèves ne se sentaient pas aptes à agir face à un arrêt cardiaque (Collin et al. 2017). Un manque de formation pourrait probablement induire un faible sentiment d'auto-efficacité chez les jeunes étudiants.

Selon Engelan et al. (2002) « L'auto-efficacité est une hypothèse subjective selon laquelle on est capable de réaliser des actions spécifiques ». Plus précisément, « Perceived self-efficacy is defined as people's beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over events that affect their lives. Self-efficacy beliefs determine how people feel, think, motivate themselves and behave. Such beliefs produce these diverse effects through four major processes. They include cognitive, motivational, affective and selection processes » (Bandura 1997).

De plus, Lucien Colard (2017-2018) a interrogé et évalué les compétences théorico-pratiques des adolescents liégeois à plusieurs moments. Au T0, avant d'avoir reçu les séances de formation, ils ont pu notamment relever leur sentiment d'auto-efficacité : « Aujourd'hui, tu te sens capable de porter secours à une victime d'un arrêt cardiaque ». Les résultats indiquent que 31,15% des étudiants n'étaient pas du tout d'accord avec cette affirmation, 39,34%

n'étaient pas d'accord et seulement 29,51% des élèves ont montré leur accord (Colard 2017-2018).

Une autre étude réalisée en Norvège auprès de 376 élèves entre 16 et 19 ans, révèle que la proportion de ces élèves possédant un niveau de confiance et une capacité à agir face à des situations d'urgence est de 37% (Kanstad, Nilsen & Fredriksen 2011). Cette étude indique également que les hommes montrent des résultats significativement supérieurs par rapport aux femmes au niveau du sentiment d'auto-efficacité ($p < 0.05$) (Kanstad, Nilsen & Fredriksen 2011). A contrario, dans l'étude liégeoise il n'existe pas de différence significative concernant le niveau de confiance entre les filles et les garçons (Colard 2017-2018).

Une hypothèse (5) a été formulée face à ces différents constats afin d'analyser la situation au niveau des adolescents scolarisés dans la province de Liège ; « Les garçons ont un sentiment d'auto-efficacité plus élevé que les filles ».

Ces enquêtes illustrent un sentiment d'auto-efficacité assez faible chez les adolescents qui n'ont pas suivi de formation en soins et secours durant leur parcours scolaire. De ces résultats, découle dès lors l'hypothèse (1) « La majorité des adolescents ont un faible sentiment d'auto-efficacité à agir dans les situations de soins et secours ».

Sans compter qu'une étude a été réalisée en Norvège, par Engeland et al. (2002), et a eu pour objectif de cibler les connaissances et compétences des élèves vis-à-vis des premiers secours, grâce au programme « Do something ». 45 classes randomisées ont répondu à des questionnaires en pré et post test. Les résultats établissent, au niveau des variables « émotion » et « attitude face à un apport d'aide », une évolution positive chez les élèves du groupe expérimental après avoir reçu la formation. De plus, les auteurs démontrent que le sentiment d'auto-efficacité s'est avéré être « le marqueur de prédiction le plus puissant du comportement attendu » (Engeland et al. 2002). Ces constats indiquent que le sentiment d'auto-efficacité est un prédicteur majeur dans la mise en place d'un comportement ; celui qui pousserait à agir face à une situation de « porter soins et secours ». Or, ce sentiment de capacité est perçu comme élevé uniquement à la suite d'une participation à une formation.

En outre, Lucien Colard (2017-2018) a formé 6 enseignants sur un cycle de premiers secours. Dès lors, ces professeurs ont pu enseigner des cycles auprès de leurs étudiants âgés de 15-16 ans provenant de Liège, dans le cadre du cours d'éducation physique. Au T1, moment après la formation, 85,37% des élèves ont exprimé être capable de porter secours. Une

évolution positive et hautement significative a été notée entre T0 et T1 ($p < 0.000$). De même au T2, quatre mois après la formation, 70,91% ont confirmé cette affirmation (Colard 2017-2018).

L'ensemble de ces études mènent à l'hypothèse (3) « Les adolescents ayant suivi une formation en soins et secours ont un sentiment d'auto-efficacité à agir plus élevé ».

Cependant, Colard (2017-2018) a mis en évidence au niveau du sentiment de confiance, qu'il n'y avait aucune différence significative entre les élèves ayant poursuivi dans leur passé une formation en secourisme, et les autres élèves (Colard 2017-2018).

De même, une étude réalisée par Hubble et al. (2003) aux Etats-Unis, en Caroline du Nord, a évalué 683 élèves âgés de 13 à 19 ans qui ont suivi une formation par le biais de vidéos. Malgré cela, seule une petite partie s'est montrée capable d'utiliser la RCP (54,96% pour la compression cardiaque, 43,33% pour le bouche-à-bouche et 31,96% pour le DEA) (Hubble et al. 2003). Un outil d'apprentissage qui se révèle être différent par rapport aux autres enquêtes.

L'ensemble des articles présentés dans cette partie introductive permettent de construire la question de recherche suivante (I) : « Porter soins et secours en milieu extra-hospitalier : quelles sont les expériences vécues, le sentiment d'auto-efficacité et les demandes de formation, exprimés par des adolescents de 16 ans dans la province de Liège ? ».

3.7 Qualité de vie

Après avoir analysé les données sociodémographiques, le sentiment d'auto-efficacité ainsi que les souhaits des étudiants concernant une formation en soins et secours, nous avons dans l'optique de confronter ces données à une évaluation de la perception de l'importance de la santé dans le déterminisme de la qualité de vie.

L'OMS définit en 1996, la qualité de vie comme « an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. » (WHO 1996). La qualité de vie représente une évaluation de la perception de l'individu vis-à-vis de différents éléments de sa vie. Elle représente également « un concept à multiples dimensions » comprenant la santé physique, la santé mentale, l'estime de soi et les interactions sociales (Dupuis 2019). Conformément à ces aspects, la perception des individus concernant la qualité de vie et la santé notamment,

ainsi que l'estime de ses propres capacités seront évalués dans cette enquête. Nous constatons que la qualité de vie est intrinsèquement liée à la santé.

Les différentes dimensions de la qualité de vie renvoient à la théorie des besoins de Maslow. Les premiers besoins qui doivent être satisfaits sont les besoins psychologiques de base, suivis du besoin d'évoluer dans un environnement sécurisé, des besoins d'amour, d'estime comprenant la responsabilité et enfin, de réalisation du potentiel (Louart 2002). Il est indispensable de percevoir ses propres besoins et ses priorités au niveau de la qualité de vie pour pouvoir identifier ses besoins en soins et secours. Par ailleurs, une formation en soins et secours aiderait à répondre à certains besoins liés notamment à « l'environnement » décrit par Maslow, et par la suite, à satisfaire le besoin d'estime et de réalisation de soi.

Une enquête a été réalisée en 1982 par Albertini « le questionnaire tentait de déterminer les aspects qualitatifs et quantitatifs, individuels et collectifs, de la qualité de vie désirée par les élèves et le poids de la consommation dans cette qualité de vie » (Albertini 1985). Pour ce faire, ils ont mis en place un questionnaire comportant 20 items représentant la qualité de vie. 273 adolescents âgés de 16 ans provenant de la province de Liège y ont répondu. La question était « Parmi les 20 éléments, choisissez les 8 qui représentent le mieux la qualité de vie ». Les résultats ont démontré que l'item « La santé » a été l'élément le plus choisi, et ce, par 86% des étudiants (cf. annexe 2) (Albertini 1985). Ces 20 items seront retranscrits tels quels dans le cadre du questionnaire de ce mémoire. Dans un premier temps, cela permettra de comparer les données de 1982 avec celles de 2019. Et dans un second temps, ces paramètres étudiés feront lien avec le sentiment de compétence et de formation des adolescents de 16 ans.

En accord avec les résultats de l'enquête, au niveau de la perception de sa propre santé, la Belgique se situe à 8,2/10 et la France à 7,7. En effet, 69% des adultes belges expriment avoir une « bonne ou très bonne santé » (OECD 2019). De plus, selon « l'OECD (Organisation de Coopération et de Développement Economique) Better Life Index » (2019), la Belgique obtient en globalité, des résultats positifs au sein des différents indicateurs du bien-être ; logement, revenu, emploi, liens sociaux, éducation, environnement, engagement civique, santé, satisfaction, sécurité, équilibre travail-vie.

D'ailleurs, le domaine des soins et secours fait partie intégrante de la santé. C'est la raison pour laquelle, analyser les liens notamment entre l'importance que les élèves accordent à « la santé » aujourd'hui, leur sentiment d'auto-efficacité ainsi que le souhait d'une formation en

« soins et secours », permettrait d'analyser les différents liens probants entre ces variables. Cette analyse ciblerait davantage les données et prendrait en compte les différentes dimensions de la santé.

La seconde question de recherche (II) se formule donc comme suit « Comment ces besoins exprimés par les adolescents varient-ils en fonction de leurs représentations sur la qualité de vie ? ».

3.8 Constats

A la lumière de ces recherches publiées dans la littérature, l'Education à la Santé Familiale ou récemment renommée, l'Education à porter soins et secours semble être tout à fait pertinente dans le territoire de la province de Liège. Elle reprend, en plus du secourisme, les domaines de la prévention et des soins dans la vie quotidienne et intègre une vision multidimensionnelle de l'éducation en soins et secours. En outre, le sentiment d'auto-efficacité est un élément clé dans la mise en place d'un comportement recherché dans le domaine des soins et secours. Ce sentiment d'auto-efficacité est directement influencé par les formations reçues et par d'autres paramètres socio-démographiques.

La conception et la mise en place d'un programme d'éducation à porter soins et secours dans une région, nécessite une connaissance des besoins perçus et du sentiment d'auto-efficacité dans ce domaine ainsi que des facteurs qui influencent ces paramètres. En particulier, analyser les relations entre les représentations des jeunes sur la qualité de vie et les besoins en soins et secours apporte une plus-value aux données récoltées.

Au-delà de notre travail, la mise en place d'une formation « à porter soins et secours » permettrait, dans un premier temps, d'éduquer les adolescents d'aujourd'hui à la thématique des soins et secours afin qu'ils répandent leurs savoirs auprès des différentes générations. Et dans un second temps, d'optimiser dans la population, une prise en charge des accidents de l'espace public afin de rendre optimale l'utilisation des services de santé.

3.9 Question de recherche

La question de recherche de ce mémoire se décrit comme suit :

I. « Porter soins et secours en milieu extra-hospitalier : quelles sont les expériences vécues, le sentiment d'auto-efficacité et les demandes de formation, exprimés par des adolescents de 16 ans dans la province de Liège ? »

La seconde question de recherche s'intitule :

II. « Comment ces besoins exprimés par les adolescents varient-ils en fonction de leurs représentations sur la qualité de vie ? »

3.10 Objectifs

Objectif primaire :

- Déterminer les besoins et le sentiment d'auto-efficacité exprimés par des adolescents de 16 ans environ, concernant les interventions éducatives à « porter soins et secours » dans la province de Liège

Objectif secondaire :

- Evaluer les associations entre les profils des adolescents de 16 ans environ (socio-démographique, qualité de vie, formation précédente) et les besoins et compétences exprimés concernant les interventions éducatives à « porter soins et secours » dans la province de Liège

3.11 Hypothèses

1. La majorité des adolescents ont un faible sentiment d'auto-efficacité à agir dans les situations de soins et secours
2. Les adolescents sont demandeurs de formations en soins et secours
3. Les adolescents ayant suivi une formation en soins et secours ont un sentiment d'auto-efficacité à agir plus élevé
4. Les étudiantes filles sont davantage demandeuses de formations par rapport aux garçons
5. Les garçons ont un sentiment d'auto-efficacité plus élevé que les filles

4 Matériel et méthodes

4.1 Type d'étude

L'étude représentée dans le cadre de ce mémoire est de type observationnelle, analytique et transversale. Une « photographie » est prise à une période de temps déterminée. Elle comporte une description des caractéristiques socio-démographiques, des besoins et compétences de la population. Ces données feront l'objet d'une étude d'association entre les différentes variables évoquées dans les hypothèses.

Cette étude traite donc d'une analyse confirmatoire grâce à une méthode quantitative de collecte et traitement des données.

4.2 Population étudiée

La population étudiée est constituée d'adolescents écoliers âgés d'environ 16 ans. Ils proviennent d'écoles de la province de Liège, comprenant un réseau d'enseignement libre confessionnel ou un enseignement officiel organisé et/ou subventionné par la Communauté française.

4.2.1 Critères d'inclusion

Cette étude comporte trois niveaux de sélection :

1. Les écoles

- Les écoles doivent se situer sur le territoire de la province de Liège.
- La direction doit signer un consentement libre et éclairé.
- Le réseau d'enseignement doit être diversifié : une partie des écoles doit faire partie d'un enseignement libre confessionnel et une seconde partie, d'un enseignement officiel.

2. Les classes

- Une ou deux classes maximum par école doivent être interrogées afin de diversifier les données récoltées.
- L'enseignant doit se montrer volontaire pour la passation du questionnaire au sein d'un de ses cours.

3. Les élèves

- Ils doivent être scolarisés et âgés d'environ 16 ans.

4.2.2 Critères d'exclusion

- Ils doivent maîtriser la langue française afin d'éviter les erreurs dues à la compréhension du vocabulaire au sein du questionnaire.

4.3 Méthode d'échantillonnage et échantillon

La première méthode d'échantillonnage que nous avons utilisée au niveau de la sélection des établissements scolaires, est « l'échantillonnage au jugé ou raisonné ». Cette technique permet de diversifier le profil des écoles. Nous avons sélectionné de manière subjective, un échantillon d'écoles sur base de critères spécifiques relatifs à l'ensemble de la population étudiée : cf. critères d'inclusion. Cette sélection s'est faite grâce au site « enseignement.be » qui se compose d'un annuaire scolaire avec un classement de différentes catégories. Les échanges se sont déroulés par voie téléphonique ou par email avec le système directionnel des établissements scolaires. Ce premier contact a permis d'explicitier les buts et objectifs de l'enquête, avant de pouvoir concrétiser leur accord par une signature sur le formulaire de consentement (cf. annexe 3). Nous avons également utilisé la méthode d'échantillonnage à « effet boule de neige ». Nous nous sommes renseignés auprès des différents professeurs et directeurs, dont certains d'entre eux avaient été préalablement sélectionnés par la méthode « d'échantillonnage au jugé ». Via leur réseau de connaissances dans le domaine de l'enseignement, ils nous ont fourni des renseignements sur d'autres professionnels du même secteur. Nous avons donc pris soin de contacter les directeurs des écoles concernées afin d'expliquer notre étude. En conséquence à ces deux méthodes d'échantillonnage, il n'y a pas de contrôle possible sur la taille finale de l'échantillon.

Le second échantillon s'établit au niveau des classes au sein des écoles. La méthode d'échantillonnage se réalise par commodité. La direction des écoles se réserve le choix de la ou les classe(s) concernée(s). Nous avons également contacté des professeurs se trouvant dans notre réseau de connaissances et qui ont accepté de participer à cette étude. Dès lors, deux contextes se sont présentés, soit le professeur contactait directement la direction afin d'avoir son accord par le biais du formulaire (cf. annexe 3), soit nous contactions nous-même la direction en citant l'accord d'un des professeurs afin d'obtenir leur consentement éclairé.

Enfin, le dernier échantillon se constitue au niveau des élèves. Nous récoltons les données des étudiants au sein des classes qui ont répondu au questionnaire. Nous avons également créé un questionnaire en ligne via « google drive » conçu pour la population cible.

4.4 Paramètres étudiés et outils de collecte des données

4.4.1 Outils de collecte des données

Nous avons choisi de rédiger un questionnaire en majorité quantitatif (cf. annexe 5), il permet d'interroger une plus grande cohorte et d'engendrer un gain de temps. La communication écrite représente une forme plus structurée « d'interview ».

Ce questionnaire est basé sur deux enquêtes différentes mais qui apparaissent complémentaires, celles de Riquet et al. (2016) et Albertini (1985) (cf. introduction).

La première partie du questionnaire fait référence à l'enquête de Albertini (1985) « Quelle est la place de la consommation dans la qualité de vie ? ». Nous avons repris les 20 items de cette étude afin que nous puissions évaluer la qualité de vie perçue et les priorités données par les adolescents. Ces données vont permettre d'analyser les liens potentiels avec les variables sur les soins et secours et les données socio-démographiques. Mais également d'établir une comparaison avec l'étude d'Albertini qui a été élaborée en 1982.

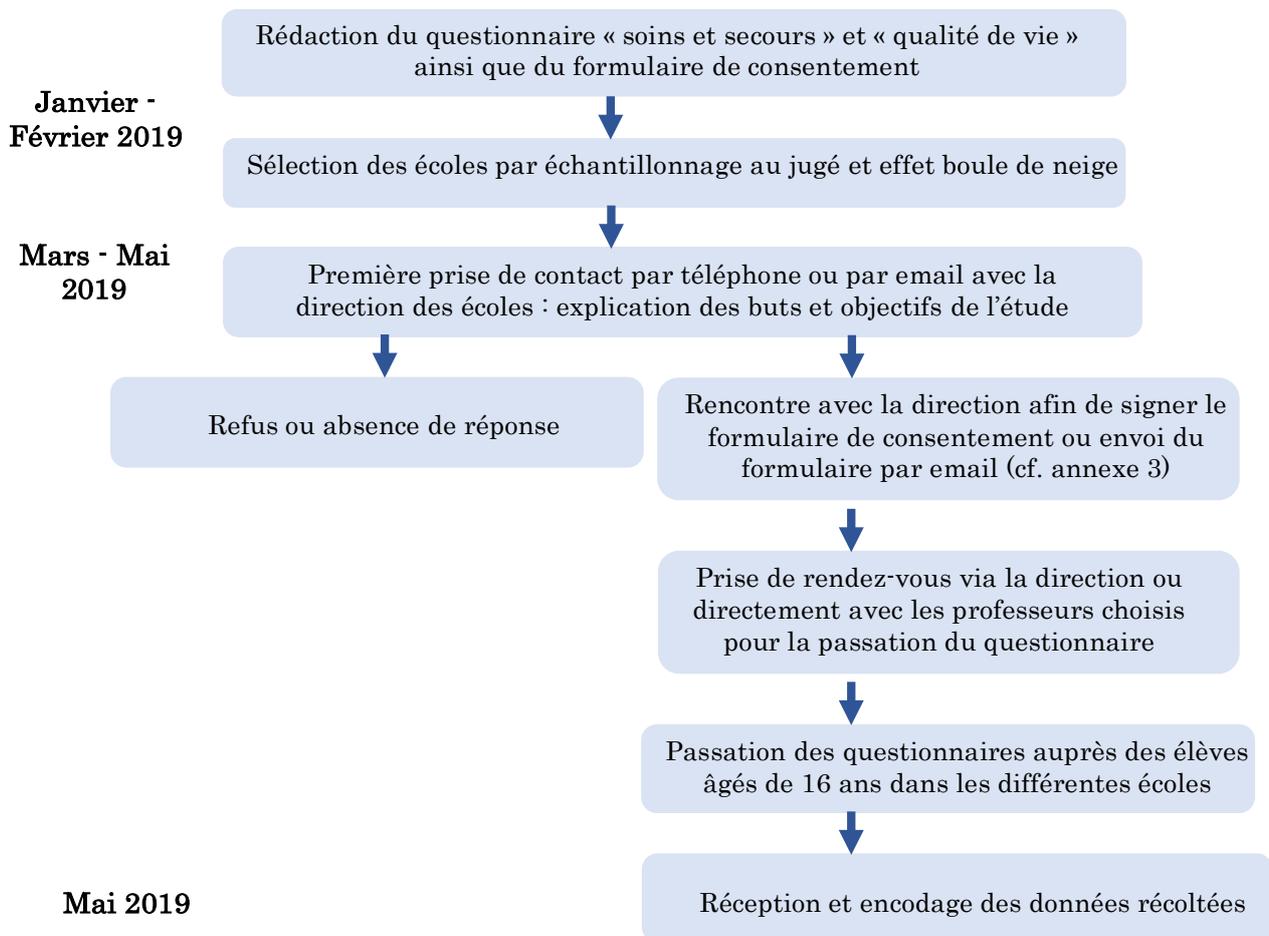
La seconde partie met en évidence l'étude de Riquet et al. (2016) « L'éducation à la santé familiale, modélisation et expérimentation de nouvelles interventions éducatives à porter soins et secours », nous avons repris les 26 items présentés dans la partie de l'enquête intitulée « Sentiment de compétence perçu suite à une ESF par les adolescents » (cf. annexe 1). Ils évoquent le sentiment d'auto-efficacité perçu par les adolescents au niveau de chaque item sur les soins et secours. Nous y avons ajouté des modalités ordinales à l'aide d'une échelle de Likert pour l'évaluer, tout en y associant le souhait de formation pour chaque item.

Après avoir créé un premier questionnaire, il aura d'abord été critiqué par des experts, c'est-à-dire le promoteur et co-promoteur de ce mémoire. Il a été modifié en fonction des remarques et réduit au niveau de la quantité des questions. Par la suite, un pré-test a été réalisé auprès de sept adultes connaissant bien le public cible afin de vérifier la compréhension des questions. Suite à cela, une question a été reformulée afin d'améliorer la compréhension de celle-ci. Enfin, le pré-test a été adressé à trois adolescents de 15 et 16 ans, extérieurs à cet enquête. Cet essai a permis de vérifier l'interprétation et le niveau de compréhension du vocabulaire et des questions ainsi que de vérifier le temps de passation. L'objectif était d'atteindre une durée de 10 minutes pour le remplissage des questionnaires afin de ne pas entraver sur le bon déroulement des cours, et augmenter les chances d'avoir le consentement de la direction. Suite à ce dernier pré-test, aucune modification n'a été apportée.

4.4.2 Paramètres étudiés

	Paramètres étudiés	Modalités de réponses
Caractéristiques socio-démographiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Age (année) ○ Genre (homme, femme) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Questions fermées
La participation à une formation en soins et secours ainsi que son contenu	<ul style="list-style-type: none"> ○ La participation à une formation en soins et secours dans le passé ○ Evoquer leurs apprentissages en secourisme 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réponses dichotomiques de type « oui – non » ○ Une question semi-ouverte avec une modalité « autre » concernant les apprentissages en secourisme
La qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les représentations des adolescents sur la qualité de vie ○ Les priorités données aux éléments de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Questions fermées ○ Choix de 8 items sur 20 représentant le plus la qualité de vie selon les élèves ○ Classement ordinal de ces 8 éléments par priorité : 1 (le moins important) à 7 (le plus important)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Élément(s) supplémentaire(s) qui caractérise(nt) la qualité de vie selon les étudiants 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Question ouverte : indiquer un à trois élément(s) supplémentaire(s) caractérisant la qualité de vie ○ Classement ordinal de ces items de 1 (le moins important) à 10 (le plus important)
Porter soins et secours	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis des 26 items portant sur les soins et secours 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Echelle de Likert : <ul style="list-style-type: none"> - 1 pas du tout capable - 2 peu capable - 3 plutôt capable - 4 tout-à-fait capable
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le souhait d'une formation en soins et secours 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réponse dichotomique de type « oui – non » pour chacun des 26 items

4.5 Planification de la collecte des données



4.6 Aspects éthiques et réglementaires

Une demande a été introduite au Collège des Enseignants (cfr annexe 4). Le Comité d’Ethique de l’Université de Liège n’a constaté aucune objection éthique à la réalisation de cette étude. Nous avons réalisé un formulaire adressé à la direction qui respecte la législation relative au traitement des données à caractère personnel et au consentement libre et éclairé. Un échange d’email a eu lieu avec le délégué à la protection des données de l’Université de Liège afin de vérifier la validité et la pertinence du formulaire que nous avons conçu. Nous avons pris en compte les légères modifications qu’il a apportées au document.

Concernant les droits de l’enfant quant à la participation à ce questionnaire, deux articles y répondent. Selon l’article 12 de la Convention des Droits de l’enfant, « 1. Les Etats parties garantissent à l’enfant qui est capable de discernement le droit d’exprimer librement son opinion sur toute question l’intéressant, les opinions de l’enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité. » ainsi que l’article 13 « 1. L’enfant a droit à la liberté d’expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de

recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant. 2. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires : a) au respect des droits ou de la réputation d'autrui ; ou b) à la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la mortalité publiques » (Convention relative aux droits de l'enfant 1989). Le questionnaire réalisé respecte la confidentialité des données, aucun nom d'élève, de professeur ou de directeur n'est récolté lors de cette étude.

4.7 Traitement des données et méthodes d'analyse

Les questionnaires ont été établis de façon à être analysés à l'aide de traitements quantitatifs. Dès que les données ont été récoltées, nous avons construit un tableau sur un fichier Excel constituant la base principale des données. Un code book a également été réalisé (cf. annexe 6). L'ensemble des traitements de statistiques ont été réalisés à l'aide du programme R et du logiciel SPSS.

Données socio-démographiques

Nous avons en premier lieu, réalisé des tableaux de fréquences et des statistiques descriptives (cf. annexe 8) en ce qui concerne les données socio-démographiques : genre, âge, réseau d'enseignement, participation à une formation.

« Porter soins et secours » : sentiment d'auto-efficacité et besoins déclarés

Les données sont considérées comme ne se distribuant pas selon la normalité. Dans le cas contraire, il le sera spécifié.

Nous avons réalisé un tableau de fréquences du sentiment d'auto-efficacité et des besoins déclarés au niveau de chacun des 26 items de PS&S (cf. annexe 9). Les fréquences totales des deux variables (auto-efficacité et besoins) ainsi que les fréquences par genre (filles-garçons) associées ont été rapportées pour chaque item des soins et secours. Tout en sachant que la variable auto-efficacité a regroupé les modalités 3 « plutôt capable » et 4 « tout-à-fait capable ». Les fréquences ont été rapportées dans ce tableau en nombres et en pourcentages. Afin de croiser la variable « genre » avec le sentiment d'auto-efficacité à 4 modalités, au niveau des 26 items « soins et secours », nous avons réalisé le test statistique non

paramétrique de Mann-Whitney. Nous avons donc obtenu les p valeurs de chacun des 26 items, qui nous ont permis de voir les dépendances significatives entre les hommes, les femmes et le sentiment de capacité à agir. Pour évaluer l'association entre le genre et le souhait de formation, nous avons effectué le test du Khi carré d'indépendance et le Phi de Cramer.

Nous avons réalisé un graphique à l'aide du programme Excel présentant les 26 items de « porter soins et secours » (PS&S) avec les fréquences des besoins déclarés et du sentiment d'auto-efficacité associées à chaque item.

Qualité de vie

Un second tableau a été réalisé avec les 20 items de la Qualité de vie (QdV) par ordre décroissant, en y intégrant la fréquence de sélection de l'item concerné ainsi que le genre (cf. annexe 10). Le test khi carré d'indépendance et le Phi de Cramer ont permis d'identifier les significativités des associations entre le genre et chacun des items sur la QdV. Nous avons également calculé les moyennes et l'écart-type des niveaux d'importance accordés à chaque item QdV. En outre, nous avons réalisé un graphique (graphique 2 dans la partie « résultats ») avec la participation de Mr Dieudonné Leclercq en tant que collaborateur, dans le cadre du colloque « La qualité de vie au cœur des soins de première ligne : Evaluations, applications et perspectives » à l'Université de Liège qui a eu lieu le 20 mai 2019. Ce graphe intègre la comparaison des résultats de fréquences des items sur la qualité de vie en 2019, en comparaison avec les données récoltées en 1985. Un second graphique (graphique 3 dans la partie « résultats ») a été établi comprenant les 20 variables de la QdV avec les fréquences hommes-femmes.

Associations entre l'item « santé » (QdV) et les variables PS&S

Nous avons en premier lieu, réalisé un tableau de fréquences (cf. annexe 11) comprenant le souhait ou non de formation pour les 26 items PS&S, et l'importance entre 1 et 7 accordée à l'item « santé » de la QdV représentée à l'aide de moyennes et écarts-types.

Ensuite, une nouvelle variable « SANTE » a été créée à l'aide du programme SPSS, regroupant les valeurs d'importance de 5 à 7, données par les adolescents à l'item « santé » QdV. C'est-à-dire que les individus ayant donné un poids entre 5 et 7 à l'item « santé » sont codés « 1 »

et les autres personnes « 0 ». On peut donc à présent identifier les associations significatives à l'aide du test khi carré entre cette variable « SANTE » et le souhait de formation.

En ce qui concerne le sentiment d'auto-efficacité, le test de Mann-Whitney a permis d'analyser les associations significatives entre la nouvelle variable « SANTE » et le sentiment d'auto-efficacité regroupant les modalités 3 et 4.

Associations dans le domaine PS&S

Afin de mesurer les associations suivantes, deux nouvelles variables ont été créées :

- « TOTPSS » : un score total du sentiment de capacité. Chaque item a été additionné ; plus le score total est élevé et plus ils ont un sentiment d'auto-efficacité élevé.
- « TOTFORM » : un score total du désir de formation. Ce qui signifie que plus le score total est élevé et plus ils souhaitent participer à une formation.

Association entre sentiment d'auto-efficacité et formation reçue

Un tableau de fréquences (cf. annexe 12) a été réalisé comprenant la variable formation reçue et le sentiment d'auto-efficacité avec les modalités 3 et 4. Ensuite un test de Mann-Whitney a permis de vérifier la significativité de chaque item.

Ensuite, un test t de Student a été effectué à l'aide de la variable TOTPSS et la variable dichotomique « formation reçue » pour vérifier la significativité totale. En effet, les traitements statistiques ont analysé ces deux variables comme se distribuant selon la normalité.

Association entre sentiment d'auto-efficacité et formation souhaitée

En second lieu, nous avons effectué un test de corrélation de Spearman afin de mesurer l'association entre le sentiment de capacité et la formation souhaitée. Pour ce faire, nous avons utilisé les variables TOTPSS et TOTFORM.

5 Résultats

5.1 Flow Chart

Le graphique se trouve en annexe 7. L'échantillon final se compose de 248 participants, soit 79,23% de l'ensemble des élèves éligibles.

5.2 Caractéristiques socio-démographiques de la population cible

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants

Variables		
Genre	Hommes n(%)	92(37,1)
	Femmes n(%)	156(62,9)
	Total n(%)	248(100)
Age	M ± SD	16,24 ± 0,45
Réseau d'enseignement	Officiel n(%)	137(55,24)
	Libre n(%)	111(44,76)
Participation à une formation en soins et secours	Hommes n(%) n=92	32(34,78)
	Femmes n(%) n=156	58(37,18)
	Total n(%) n=248	90(36,29)

Ce tableau indique qu'une majorité de filles (62,9%) ont répondu à cette étude. Les adolescents ont un âge moyen de 16 ans, la variabilité de l'âge est très faible (0,45). Les élèves ayant suivi une formation en soins et secours représentent seulement 36,29% de l'échantillon récolté.

5.3 Variabes « Porter soins et secours »

Le graphique 1 illustre les fréquences rapportées concernant le sentiment d'auto-efficacité et les besoins en formation de 248 adolescents âgés de 16 ans, en région liégeoise.

Les besoins déclarés sont classés selon un ordre décroissant afin de visualiser les formations les plus souhaitées vis-à-vis des compétences actuelles des élèves. Nous retrouvons notamment dans le top 3 des besoins, les formations sur le massage cardiaque (77,4%), la réaction à adopter en cas de malaise d'une personne (74,6%) et les premiers soins pour une foulure (68,5%). Pour ces trois items, le sentiment de compétence est faible, il varie de 29,8 à 34,3%. Tandis que les items comprenant un sentiment d'auto-efficacité élevé sont les soins de petites coupures (89,5%), de maux de gorge (88,7%) et la réalisation d'un bandage ou pansement (86,7%). Le besoin de formation qui y est associé est quant à lui, peu élevé, entre 20,6 et 41,5%.

Graphique 1



5.3.1 Sentiment d'auto-efficacité et genre

Tableau 2 : Tableau des fréquences significatives entre la variable genre et le sentiment d'auto-efficacité

Variables sentiment d'auto-efficacité (3-4)	Filles (%) n=156	Garçons (%) n=92	P valeur
1. Mettre une personne en position latérale de sécurité	61,54	75	* $\rho=0,001$
7. Savoir quoi faire pour mon entourage en cas de canicule, de grand froid	55,13	77,17	* $\rho<0,001$
11. Trouver les informations nécessaires à mes questions sur la santé	55,13	69,57	* $\rho=0,019$
5. Mettre en place à domicile des mesures pour éviter une chute	46,15	67,39	* $\rho=0,003$
26. Démarrer les premiers soins pour une foulure	29,49	38,04	* $\rho=0,046$
16. Commencer un massage cardiaque	27,56	33,69	* $\rho=0,026$
15. Organiser une pharmacie de premiers soins à la maison	61,54	46,74	* $\rho=0,043$
25. Soigner une poussée de bouton de fièvre	40,38	19,57	* $\rho=0,006$

Cf. annexe 9 pour le tableau entier. Les items suivants sont associés de façon significative avec le genre. Les résultats statistiquement significatifs démontrent que les garçons ont un sentiment d'auto-efficacité plus élevé que les filles dans les situations 1, 7, 11, 5, 26 et 16. Néanmoins, les filles auraient tendance à avoir un sentiment d'auto-efficacité à agir significativement plus élevé que les garçons lors des situations 15 et 25. Quant aux autres items du tableau en annexe 9, une légère tendance s'observe plutôt du côté des filles.

5.3.2 Besoins déclarés et genre

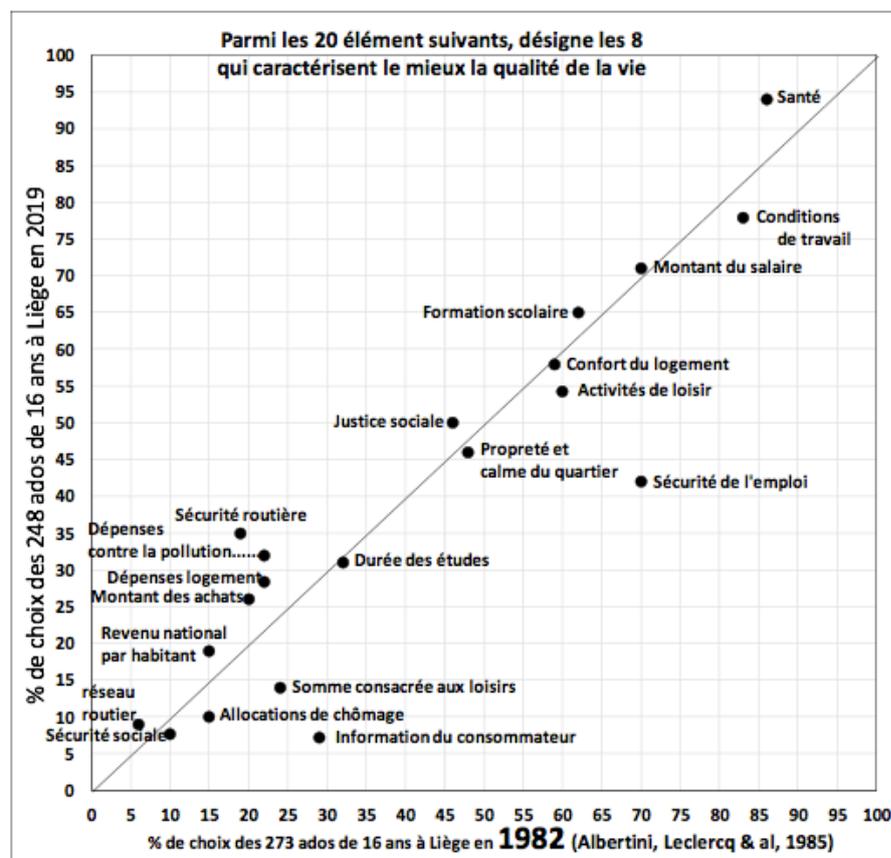
Tableau 3 : Tableau des fréquences significatives entre la variable genre et le souhait de formation

Variables besoins déclarés	Filles	Garçons	P valeur
14. Réagir en cas de malaise d'une personne	80,77	64,13	* $\rho=0,004$
12. Savoir agir en cas de chute	73,08	60,87	* $\rho=0,030$
22. Prendre en charge les coliques d'un bébé	68,59	55,43	* $\rho=0,038$
1. Mettre une personne en position latérale de sécurité	67,95	44,56	* $\rho<0,001$
7. Savoir quoi faire pour mon entourage en cas de canicule, de grand froid	58,97	43,48	* $\rho=0,018$
19. Donner des conseils de santé à ma famille et à mon entourage	55,13	36,96	* $\rho=0,006$
11. Trouver les informations nécessaires à mes questions sur la santé	45,51	30,43	* $\rho=0,014$
25. Soigner une poussée de bouton de fièvre	37,18	51,09	* $\rho=0,032$

Cf. annexe 9. Les résultats statistiquement significatifs indiquent que les filles auraient tendance à souhaiter davantage de formations de façon significative par rapport aux garçons, au niveau des situations 14, 12, 22, 1, 7, 19 et 11. Seul un item significatif démontre que les garçons auraient tendance à souhaiter davantage que les filles « soigner une poussée de bouton de fièvre ». Les autres résultats se trouvant en annexe 9, indiquent une légère tendance qui s'observe plutôt du côté des filles.

5.4 Qualité de vie

Graphique 2



Ce graphique illustre les fréquences de sélection des items sur la qualité de vie. Il évoque également la comparaison avec les données de 1982 de l'enquête de Albertini et al. (1985). Nous constatons qu'en 37 ans, la hiérarchie des éléments sélectionnés reste très similaire. La « santé » reste l'élément le plus priorisé parmi les autres items de la qualité de vie. D'autant plus en 2019, car elle est choisie par 94,8% des adolescents de 16 ans au lieu de 86% en 1982.

% des 248 ados 2019 ayant ajouté	
29	Famille
23	Entourage, amis
10	Bonheur, bien-être, être heureux
5	Qualité de l'alimentation
4	Le confort financier
4	Le respect
4	Les soins pour tous
4	L'éducation

Une nouvelle question ouverte a été posée en 2019, elle permettait aux adolescents d'ajouter un à trois éléments supplémentaires qui caractérisent la qualité de vie selon eux et de les pondérer. Le tableau ci-joint représente les principaux résultats obtenus.

Graphique 3



Cf. Annexe 10 pour le tableau reprenant ces données. Le graphique 3 représente les fréquences de sélection des items de QdV selon le genre. Selon le traitement de statistiques, cinq items ont une relation statistiquement significative avec le genre. Les items davantage sélectionnés par les femmes sont : la formation scolaire ($\rho=0,039$), la sécurité routière ($\rho=0,018$), la justice sociale ($\rho=0,001$). Tandis que les items davantage sélectionnés par les hommes sont : les dépenses pour se loger ($\rho=0,026$) et la somme consacrée aux loisirs ($\rho=0,023$).

5.5 Associations QdV avec les besoins déclarés et sentiment d'auto-efficacité

5.5.1 QdV et besoins déclarés

Tableau 4 : Tableau de fréquences et moyennes des besoins déclarés en lien avec l'item « santé »

Variables PS&S	Souhait de formation		Pas de souhait	
	Fréq. %	Poids de « Santé » M ± SD	Fréq. %	Poids de « Santé » M ± SD
16. Commencer un massage cardiaque	77,42	6,25±1,81	22,58	5,54±2,55
14. Réagir en cas de malaise d'une personne	74,6	6,18±1,9	25,4	5,84±2,33
12. Savoir agir en cas de chute	68,95	6,03±2,07	31,05	6,22±1,93
26. Démarrer les premiers soins pour une foulure	68,55	6,03±2,01	31,45	6,23±2,04

Cf. annexe 11 pour le tableau entier. Ce tableau illustre les fréquences des souhaits ou non de formation. A l'intérieur de ces deux groupes, se situe la valeur moyenne que ces adolescents ont donné à l'item « santé ». Les adolescents souhaitant une formation en massage cardiaque ont donné une importance moyenne légèrement plus élevée à la « santé » (6,25), que les étudiants qui ne souhaitent pas de formation (5,54). Nous remarquons une faible variabilité entre chaque poids accordé à la santé, qu'ils souhaitent ou non une formation.

Associations significatives des besoins déclarés avec l'item « santé » (modalités 5-7)

Une seule association est significative : les adolescents qui priorisent la santé en lui associant une valeur entre 5 et 7, ont tendance à souhaiter davantage de formations sur le massage cardiaque ($p=0,008$). Les statistiques de fréquence indiquent que 77,42% des élèves qui ont priorisé la santé, souhaitent une formation en massage cardiaque. Tandis que seulement 22,58% des élèves qui ont priorisé la santé ne souhaitent pas faire cette formation.

5.5.2 QdV et sentiment d'auto-efficacité

Deux associations sont significatives entre le sentiment de compétence et le fait de prioriser l'item santé. Plus les adolescents priorisent la santé comme item sur la qualité de vie, moins leur sentiment d'auto-efficacité a tendance à être élevé pour « savoir quoi faire pour leur entourage en cas de canicule, de grand froid » ($p=0,015$). Plus les adolescents priorisent la santé comme item sur la qualité de vie, plus leur sentiment d'auto-efficacité a tendance à être élevé pour surveiller et faire baisser la température d'un enfant ($p=0,009$).

5.6 Associations entre sentiment d'auto-efficacité et formation reçue

Tableau 5 : Association du sentiment d'auto-efficacité (3-4) en lien avec la formation reçue

Sentiment d'auto-efficacité (3-4)	Formation reçue n(%) n=90	Pas de formation reçue n(%) n=158	P valeur
1. Mettre une personne en position latérale de sécurité	70(77,78)	95(60,13)	* $\rho < 0,001$
11. Trouver les informations nécessaires à mes questions sur la santé	60(66,67)	90(56,96)	* $\rho = 0,021$
16. Commencer un massage cardiaque	54(60)	20(12,66)	* $\rho < 0,001$
14. Réagir en cas de malaise d'une personne	44(48,89)	41(25,95)	* $\rho = 0,001$

Cf. annexe 12 pour le tableau entier. Quatre items sont significatifs. Suivre une formation a tendance à augmenter significativement le sentiment d'auto-efficacité lors des situations 1, 11, 16 et 14. Les autres items qui se trouvent en annexe 12, montrent une tendance légèrement plus élevée au niveau du sentiment de compétence après avoir suivi une formation.

A l'aide d'un traitement de la variable TOTPSS en lien avec la formation reçue, nous constatons que le sentiment d'auto-efficacité diffère significativement en fonction de la participation à une formation ou non ($\rho = 0,003$).

5.7 Association entre sentiment d'auto-efficacité et formation souhaitée

A l'aide des deux nouvelles variables TOTPSS et TOTFORM, nous avons réalisé un test qui a permis de déterminer qu'il existe un lien négatif et significatif entre ces deux variables ($r = -0,247$ $\rho < 0,001$). Ce qui signifie que plus les élèves se sentent capables de réaliser des soins moins ils ont tendance à souhaiter participer à une formation ou encore, moins le sentiment d'auto-efficacité est élevé plus ils ont tendance à souhaiter participer à une formation.

6 Discussion, perspectives et conclusion

6.1 Résultats

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire a permis de répondre à la première question de recherche intitulée « Porter soins et secours en milieu extra-hospitalier : quelles sont les expériences vécues, le sentiment d'auto-efficacité et les demandes de formation, exprimés par des adolescents de 16 ans dans la province de Liège ? ». L'objectif principal consistait à déterminer les besoins et le sentiment d'auto-efficacité exprimés par des adolescents de 16 ans environ, concernant les interventions éducatives à « porter soins et secours ». Pour la réalisation du questionnaire, nous avons pu nous baser sur l'étude de Riquet et al. (2016), qui a évalué le sentiment d'auto-efficacité par le biais de 26 items sur la thématique des soins et secours. Nous avons repris ces mêmes items afin d'identifier pour chacun, le sentiment de compétence et l'évaluation du souhait de formation directement associée. Nous allons relater les différentes hypothèses qui ont été construites dans la partie introductive, et les mettre en lien avec les résultats obtenus.

L'hypothèse (2) « Les adolescents sont demandeurs de formations en soins et secours » a été évaluée à l'aide de la question dont les résultats sont repris au graphique 1 : 50% des adolescents au minimum souhaiteraient 12 formations parmi les 26. Les formations les plus priorisées sont, le massage cardiaque (77,4%), réagir en cas de malaise d'une personne (74,6%), démarrer les premiers soins pour une foulure (68,5%) et savoir agir en cas de chute (68,5%). 59,3% souhaiteraient également une formation sur la position latérale de sécurité. Les résultats illustrent que les besoins exprimés les plus fréquents font appel principalement aux premiers secours et soins d'urgence. L'étude de Kanstad, Nilsen et Fredriksen (2011) avait d'ailleurs démontré que 75% des adolescents seraient intéressés par des formations BLS qui comprennent entre autres, le massage cardiaque et la position latérale de sécurité. Ces données sont similaires aux conclusions de l'étude de d'Ivernois et al. (2010) selon laquelle les besoins d'une éducation à porter soins et secours sont élevés, les plus priorisés étant les formations aux gestes qui sauvent ainsi que le repérage des situations d'urgence.

Pour ces mêmes items qui ont été priorisés, nous observons un faible sentiment d'auto-efficacité à agir, entre 29 et 48%. Dans son étude, Lucien Colard (2017-2018) a pu relever au T0, le sentiment d'auto-efficacité des élèves : 31,15% des étudiants n'étaient pas du tout capables de porter secours à une victime d'un arrêt cardiaque et 39,34% ne se sentaient pas capables. Les résultats de notre travail confortent l'hypothèse (1), selon laquelle la majorité des adolescents

ont un faible sentiment d'auto-efficacité à agir dans le contexte des premiers secours. A l'opposé, les accidents domestiques, tels que les soins de petites coupures, d'ampoules, de maux de gorge, de toux et de rhume font partie des formations les moins souhaitées par les adolescents interrogés. D'ailleurs, leur sentiment de compétence est élevé au regard de ces items. L'hypothèse (2) semble donc être confortée par ces résultats, et principalement dans le domaine du secourisme.

L'ensemble de ces constats démontre l'importance des besoins en éducation sur la santé des adolescents dans la province de Liège. Le sentiment de capacité associé aux items concernant les gestes qui sauvent et les situations d'urgence, se révèle être faible et interpellant. Le manque de formations scolaires en Belgique francophone se fait inévitablement ressentir dans ces résultats.

L'objectif secondaire consistait à évaluer les associations entre les profils des adolescents de 16 ans environ (socio-démographique, qualité de vie, formation précédente) et les besoins et compétences exprimés concernant les interventions éducatives à « porter soins et secours ».

Dans un premier temps, nous avons analysé la relation du genre avec les besoins et le sentiment de compétence. Le tableau 2 illustre un sentiment d'auto-efficacité qui a tendance à être significativement plus élevé chez les garçons que chez les filles concernant six items. Ces six éléments sont en partie associés aux premiers secours : la position latérale de sécurité, commencer un massage cardiaque, les mesures à domicile pour éviter une chute, savoir quoi faire en cas de canicule ou de grand froid, trouver les informations nécessaires aux questions sur la santé et les premiers soins pour une foulure. Néanmoins, les autres items indiquent une légère différence non significative en faveur des filles pour une majorité d'entre eux. Dès lors, l'hypothèse (5) « Les garçons ont un sentiment d'auto-efficacité plus élevé que les filles » est confortée uniquement par les six items significatifs.

En regard avec les besoins déclarés, les garçons ont tendance à souhaiter moins de formations vis-à-vis de ces six items par rapport aux filles. Cette différence est significative pour 3 items : mettre une personne en position latérale de sécurité, savoir quoi faire en cas de canicule ou de grand froid et trouver les informations nécessaires sur la santé. Quatre autres items démontrent également que les filles ont tendance à souhaiter davantage de formations sur ces thématiques : savoir agir en cas de chute, donner des conseils de santé, prendre en charge les coliques d'un bébé et réagir en cas de malaise d'une personne. De même, au niveau des résultats non significatifs, le souhait de formation chez les filles est légèrement plus élevé pour une majorité des items (11 sur 18). L'étude de Kanstad, Nilsen et Frederiksen (2011) a démontré que 85% des filles souhaitaient une formation en BLS versus 61% de garçons. De plus, 89% des filles

souhaitaient l'intégration de cette formation à l'école versus 82% des garçons. L'étude de Colin et al. (2017) a également analysé que 90% des filles ont reconnu l'utilité du BLS et 73% voudraient l'intégrer dans le programme scolaire. L'ensemble des résultats confortent l'hypothèse (4) « Les étudiantes filles sont davantage demandeuses de formations par rapport aux garçons ».

L'analyse des items sur la qualité de vie a permis de mettre en évidence les priorités des adolescents dans ce domaine. 94,76% des élèves ont choisi la santé, c'est le premier item qu'ils ont sélectionné de façon majoritaire, avec une sélection légèrement plus élevée pour les filles. Les autres éléments priorisés sont dans un ordre décroissant : les conditions de travail, le montant du salaire, la formation scolaire, le confort du logement ainsi que les activités de loisirs. Par rapport à l'étude réalisée par Albertini et al. (1985), nous remarquons une hiérarchie similaire malgré un intervalle de 37 ans. Néanmoins, l'évolution sociétale se fait ressentir au niveau des conditions de travail qui sont davantage priorisées en 1985 en comparaison avec 2019. La sécurité de l'emploi est largement en tête en 1985 ($\pm 70\%$) par rapport à 2019 pour cet item (42%). Quant à la formation scolaire et la justice sociale, elles sont davantage sélectionnées en 2019, mais les différences sont faibles. Pour ces données, il importerait d'en vérifier la stabilité sur un plus grand échantillon ainsi que d'analyser les raisons associées. Le quatrième élément prioritaire choisi par 65,73% est la formation scolaire, item qui est sélectionné majoritairement par des filles et qui démontre une association significative avec le genre. Ce résultat semble avoir un lien avec l'hypothèse 4 sur l'importance que les filles accordent aux formations. Par ailleurs, nous pouvons remarquer que dans le tableau qui se trouve en annexe 10, la moyenne des niveaux d'importance (pour rappel, échelle de 1 à 7) semble être liée à la fréquence de sélection de l'item. C'est-à-dire que les items les plus sélectionnés sont ceux auxquels les étudiants donnent le plus d'importance. Par exemple, l'item santé qui est le plus sélectionné obtient la valeur la plus importante de 6,09 en moyenne.

L'analyse a ensuite porté sur la qualité de vie en lien avec les besoins déclarés. Depuis l'enquête de Albertini et al. (1985) réalisée en 1982, il s'avère que la santé est restée l'élément le plus important parmi les différents items proposés, pour les adolescents de 16 ans. Evaluer l'importance accordée à la santé et analyser son association avec la volonté de faire une formation, a fait l'objet de la seconde question de notre recherche. La question II « Comment ces besoins exprimés par les adolescents varient-ils en fonction de leurs représentations sur la qualité de vie ? » a porté principalement, dans le cadre de cette étude, sur l'item santé de la qualité de vie. Nous avons évalué la valeur que les élèves ont accordé à la santé en l'associant avec leurs besoins et compétences. Le tableau en annexe 11 illustre une faible variabilité de

l'importance donnée à la santé, que les élèves souhaitent ou non une formation en soins et secours. En effet, 94,76% des adolescents ont sélectionné la santé dans leurs 8 items. Et 90,64% d'entre eux ont priorisé la santé en lui donnant une valeur entre 5 et 7. Nous remarquons que le souhait de formation sur la façon de commencer un massage cardiaque (formation par ailleurs, la plus souhaitée), est associée à un poids moyen donné à la santé de 6,25 qui s'avère être élevé. Un résultat significatif a démontré que plus les adolescents priorisent la santé comme item sur la qualité de vie, plus ils ont tendance à souhaiter une formation sur la façon de commencer un massage cardiaque. Nous constatons paradoxalement, que pour 17 des 26 items de formation à la santé proposés, les adolescents qui ne souhaitent pas de formation ont donné une valeur légèrement plus importante à la santé dans l'évaluation des paramètres impactant la qualité de vie. De plus, le poids moyen le plus élevé accordé à la santé par un sous-groupe d'adolescents est de 6,43 et a été attribué par des adolescents qui ne souhaitent pas de formation sur la position latérale de sécurité. Nous pouvons interpréter que le fait de prioriser la santé ne semble pas forcément avoir une influence positive sur le souhait de formation.

L'association entre le sentiment de compétence et la formation reçue a été évaluée. Les traitements statistiques ont montré que le sentiment d'auto-efficacité différait significativement en fonction de la participation à une formation de manière globale. Le tableau en annexe 12 indique que grâce à une formation reçue en soins et secours, les adolescents ont un sentiment d'auto-efficacité légèrement plus élevé au niveau de 22 items sur 26 par rapport aux élèves n'ayant pas reçu de formation. De plus, suivre une formation a tendance à augmenter significativement le sentiment de compétence au niveau de la position latérale de sécurité, du massage cardiaque, pour trouver les informations sur la santé et pour réagir en cas de malaise d'une personne. Le tableau en annexe 4 montre que parmi les personnes qui ont reçu une formation, 83,33% ont appris comment réaliser un massage cardiaque. Ces résultats confortent l'hypothèse (3) « Les adolescents ayant suivi une formation en soins et secours ont un sentiment d'auto-efficacité à agir plus élevé ». L'étude de Riquet et al. (2016) confirme également ces améliorations au niveau des compétences perçues.

Par ailleurs, une relation significative inverse a été observée entre les scores totaux du sentiment de compétence et le souhait de formation. Moins le sentiment d'auto-efficacité est élevé plus ils ont tendance à souhaiter participer à une formation.

Nous constatons dans cette étude la pertinence de l'évaluation du sentiment d'auto-efficacité, que ce soit avant ou après la formation. Engeland et al. (2002) ont exprimé que l'auto-efficacité était « le marqueur de prédiction le plus puissant du comportement attendu ». Le sentiment de

compétence est influencé par la formation reçue et a aussi tendance à prédire le souhait de formation. Formation, qui semble être intéressante à mettre en place eu égard des besoins exprimés dans le cadre de cette enquête.

L'ensemble de ces constats démontre aussi la pertinence d'interventions éducatives dans le domaine de la santé. Les adolescents de la province de Liège sont demandeurs de formations ; de plus, ils ne se sentent pas compétents dans certaines situations de soins et secours.

La promotion de la santé au sein du milieu scolaire permet, dans un premier temps un apprentissage de nouvelles représentations à l'aide d'une approche pluridisciplinaire. Elle permet de sensibiliser et responsabiliser par la suite les adolescents, afin qu'ils puissent prendre en charge leur santé ainsi que celle de leur entourage de façon autonome. Ils pourront répandre leurs apprentissages à travers les différentes générations de leur milieu familial. En outre, la promotion de la santé permet d'agir au niveau des déterminants environnementaux de la qualité de vie. Un impact aura lieu également au niveau des compétences psychosociales de l'individu, c'est-à-dire sur l'image de soi, sur la connaissance de ses propres besoins, sur son sentiment d'auto-efficacité. Enfin, l'adolescent adoptera de nouveaux comportements de santé et des mesures préventives face aux soins et secours dans ce cadre-ci (Vandoorne 2010).

6.2 Forces et limites de l'étude

Notre travail a plusieurs points forts. L'abord simultané et prospectif, à travers les questionnaires, de différentes dimensions du domaine des soins et secours chez les adolescents nous a permis d'étudier des associations pertinentes et originales. Les critères d'évaluation ont été prédéfinis et les questionnaires utilisés l'avaient déjà été dans des études préalables, ce qui nous a également permis de mettre en place des comparaisons dans le temps et entre pays. L'échantillon final se compose de 248 élèves, ce qui représente tout de même un vaste échantillon, comportant de surcroît des profils différents provenant de différents réseaux d'enseignement dans différentes villes de la province de Liège.

Notre travail présente aussi des limites. Une première limite se situe au niveau du problème de la sélection de l'échantillon. Les méthodes d'échantillonnage par commodité ainsi que l'effet « boule de neige », nous ont permis d'avoir une sélection des écoles et des classes de façon plus rapide et plus efficace. Les réseaux d'enseignements sont vastes et communicants entre eux, il est donc plus aisé d'avoir des contacts de façon « interne ». Cependant il en résulte une absence de contrôle sur la taille de l'échantillon final et ces différentes méthodes d'échantillonnages contiennent des biais que nous allons évoquer ci-dessous, notamment le biais de subjectivité.

De plus, l'échantillon comprenait une majorité de filles (156) par rapport aux garçons (92) et la majorité des écoles se situaient dans un environnement urbain et non rural, dû notamment à la méthode d'échantillonnage de commodité.

Une autre limite de cette étude concerne le choix des outils de collecte des données, qui est basé sur des questionnaires qui ne sont pas validés. En outre, la récolte des données par le biais d'une méthode quantitative principalement représente également une limite à cette étude. Les questions au niveau de la partie des soins et secours étaient fermées et ne permettaient pas une ouverture vers d'autres données qui auraient pu préciser et enrichir cette étude. Une question supplémentaire et ouverte afin de leur demander quels étaient leurs besoins actuels dans le domaine de la santé, et pour quelles raisons ils souhaiteraient une formation dans le domaine des soins et secours, aurait pu apporter des informations complémentaires et innovantes. Cependant l'objectif d'un questionnaire à courte durée ne nous permettait pas de trop élargir les champs de réponses, entre autres pour des modalités pratiques.

6.2.1 Biais identifiés

Les méthodes d'échantillonnage au jugé et de commodité ont tendance à impliquer un biais de subjectivité. La direction a notamment sélectionné d'elle-même les classes qu'elle allait interroger. Un biais de subjectivité a également été présent lorsque nous avons contacté des personnes de notre entourage qui avaient la profession d'instituteur.

Un biais de mémorisation a pu également se présenter. Les formations reçues en soins et secours par 90 élèves sur 248, ont été majoritairement suivies il y a environ 4 à 5 ans. Des oublis concernant leurs apprentissages lors de ces formations sont possibles. Certains scores peuvent être influencés par un biais de désirabilité sociale. Les élèves ayant suivi des formations se surestiment peut-être au niveau de l'évaluation de leur sentiment d'auto-efficacité.

Ce biais de désirabilité sociale a pu également survenir lors de l'entrevue avec les différentes classes. Le souhait de formation a notamment pu être surévalué dans l'intention de donner une bonne image à l'enquêteur.

6.3 Perspectives

Cette étude a permis de montrer la pertinence de la création d'une formation à porter soins et secours en secondaire dans la province de Liège. Les adolescents âgés d'environ 16 ans se montrent désireux de suivre des formations. De plus, ils représentent la population cible idéale afin de promouvoir et répandre leurs savoirs en matière de santé auprès de leur famille et

entourage. Les formations les plus souhaitées par au moins 60% des adolescents, concernent l'apprentissage des gestes qui sauvent ainsi que le repérage des situations d'urgence. Réaliser un massage cardiaque, réagir en cas de malaise d'une personne, démarrer les premiers soins pour une foulure, savoir agir en cas de chute, surveiller et faire baisser la température d'un enfant et prendre en charge les coliques d'un bébé sont les thématiques les plus souhaitées par au moins 60% des adolescents.

Dans l'optique de préciser le cadre de ces formations, il serait intéressant d'évaluer auprès de ces adolescents ainsi que principalement auprès d'experts au niveau des soins et secours, les locaux les plus adéquats, les différents professionnels qui pourraient enseigner la formation, les différentes techniques d'apprentissage afin d'éviter les transmissions d'informations liées à une relation « paternaliste ». De plus les instances qui créent les programmes scolaires devraient valider ces formations.

Il serait également pertinent dans le cadre d'une formation future, d'identifier les freins au niveau de la capacité à agir lors des situations de soins et secours. L'étude de Lu et al. (2016) sur la réanimation cardiopulmonaire chez les étudiants universitaires en Chine, a pu mettre en évidence quatre freins à pratiquer la réanimation : 32,9% des étudiants avaient un manque de confiance en eux, 17,2% avaient peur des conséquences juridiques, 16% éprouvaient des craintes concernant la transmission de maladies et 14% ressentaient un sentiment d'embarras. La technique de la RCP, le statut de la victime, la spécialité de l'étudiant et son sexe ont influencé l'attitude des étudiants (Lu et al. 2016). Par conséquent, les formations devraient aussi comprendre une explicitation du contexte et des conséquences possibles de l'intervention des adolescents dans ces procédures de soin et secours pour les rassurer sur ces points.

7 Conclusion

Cette étude a permis de rendre compte de faibles compétences perçues associées à un souhait et à un besoin de formation dans le domaine des soins et secours chez les étudiants du secondaire dans la province de Liège. Ceci est à mettre en rapport avec un manque probant de formation dans ce domaine. La population cible a été sensibilisée à ces thématiques. Une réelle opportunité se présente quant à la mise en place d'une nouvelle formation afin de répondre à ces besoins. En outre, cela permettrait de rendre l'étudiant acteur de sa propre santé et de se sentir responsable de son entourage. Une perspective en santé publique serait également visée, dans l'optique d'optimiser les services de santé et de diminuer les taux de mortalité dans la population.

8 Références bibliographiques

8.1 Articles scientifiques

Atwood, C, Elsenberg, M S, Herlitz, J & Rea, T D (ed.) 2005, 'Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe', *Resuscitation*, vol. 67, Irlande, pp. 75-80.

Baudier, F 2005, 'De la prévention des accidents domestiques de l'enfant à la promotion de la sécurité : l'engagement d'un réseau francophone', *Archives de pédiatrie*, vol. 12, no. 11, pp. 1567-1569.

Böttiger, B.W, Semeraro, F., Wingen, S. 2017, ' « Kids Save Lives » : Educating Schoolchildren in Cardiopulmonary Resuscitation Is a Civic Duty That Needs Support for Implementation', *Journal of the American Heart Association*, vol. 6, no. 3.

De Buck, E, Van Remoortel, H, Dieltjens, T, Verstraeten, H, Clarysse, M, Moens, O & Vandekerckhove, P 2015, 'Evidence-based educational pathway for the integration of first aid training in school curricula', *Resuscitation*, vol. 94, pp. 8-22.

Dieltjens, T, De Buck, E, Verstraeten, H, Adriaenssens, L, Clarysse, M, Moens, O, Devreker, A, Bastiaen, M, Claessens, C & Verhelst, K 2013, 'Evidence-based recommendations on automated external defibrillator training for children and young people in Flanders-Belgium', *Resuscitation*, vol. 84, no. 10, pp. 1304-1309.

d'Ivernois, J-F, Gagnayre, R, Rodary, E & Brun, N 2010, 'Education des familles à « Porter Soins et Secours » : un nouveau concept dans le champ de l'éducation en santé', *Education Thérapeutique du Patient*, vol. 2, no. 1, pp. 1-6.

Engeland, A, Røysamb, E, Smedslund, G & Sjøgaard, AJ 2002, 'Effects of first-aid training in junior high schools', *Injury control and safety promotion*, vol. 9(2), pp. 99-106.

Hubble, MW, Bachman, M, Price, R, Martin, N & Huie, D (2003), Willingness of high school students to perform cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation, *Prehosp Emerg Care*, vol. 7, pp. 219-224.

Kanstad, B.K, Nilsen, S & Fredriksen, K 2011, 'CPR Knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway', *Resuscitation*, vol. 82, no. 8, pp. 1053-1059.

Lasbeur, L & Thélot, B (2010), 'Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000,2006', *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Institut de Veille Sanitaire, no. 8.

Leclercq, D. (2009) La connaissance partielle chez le patient : pourquoi et comment la mesurer. *Revue d'Education Thérapeutique du Patient*. 1 (2) pp. 201-212.

Leclercq, D. (2010). ASCID : le noyau central de douze facteurs expliquant la conduite en éducation thérapeutique du patient. In *Education Thérapeutique du Patient*, 2 (2), 213-221.

Lockey, A, Barton, K & Yoxall, H 2016, 'Opportunities and barriers to cardiopulmonary resuscitation training in English secondary schools', *European Journal of Emergency Medicine*, vol. 23, no. 5, pp. 381-385.

Louart, P 2002, Maslow, 'Herzberg et les théories du contenu motivationnel', *Les cahiers de la recherche*.

Lu, C, Jin, Y, Meng, F, Wang, Y, Shi, X, Ma, W, Chen, J, Zhang, Y, Wang, W & Xing, Q 2016, 'An exploration of attitudes toward bystander cardiopulmonary resuscitation in university students in Tianjin, China: A survey', *International Emergency Nursing*, vol. 24, pp. 28-34.

Lukas, R-P, Van Aken, H, Mölhoff, T, Weber, T, Rammert, M, Wild, E & Bohn, A 2016, 'Kids save lives: a six-year longitudinal study of schoolchildren learning cardiopulmonary resuscitation: Who should do the teaching and will the effects last?', *Resuscitation*, vol. 101, pp. 35-40.

Riquet, S, Brun, N, Frété, F, Ammirati, C, Gagnayre, R & d'Ivernois, J-F 2016, 'L'éducation à la santé familiale, modélisation et expérimentation de nouvelles interventions éducatives à porter soins et secours. L'éducation à la santé familiale auprès d'adolescents', *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, vol. 8, no. 2.

Sznajder, M, Janvrin, MP, Albonico, V, Bonnin, MH, Baudier, F & Chevallier, B (2003), 'Evaluation de l'efficacité de la remise d'une trousse de prévention des accidents domestiques de jeunes enfants : essai d'intervention dans quatre communes des Hauts-de-Seine (France)', *Archives de pédiatrie*, vol. 10, no. 6, pp. 510-516.

Van den Heede, K & Van de Voorde, C 2016, 'Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews', *Health policy*, vol. 120, no. 12, pp. 1337-1349.

8.2 Ouvrages

Albertini, J-M (Dir.) 1985, *Les jeunes, l'économie et la consommation*, Editions LABOR, Bruxelles, Belgique.

Bandura, A 1994, 'Self-efficacy: The exercise of control', *Encyclopedia of human behavior*, Academic Press, New York, vol. 4, pp. 71-81 .

Hosmans, T, Micheels, J & Lamy, M (ed.) 2016, *Premiers secours*, LES EDITIONS DE LA PROVINCE DE LIEGE, Belgique.

8.3 Thèses et mémoires

Colard, L 2017-2018, *Oser sauver à l'école : mise en place d'un cycle de premiers secours en secondaire inférieure*, Master en Sciences de la Motricité, Université de Liège, Belgique.

Collin, M, Cloes, M, Laurent, C, Verdonck, S, Ouart, D, Ulweling, D & Mouton, A 2017, « *Oser sauver à l'école* » : *Mise en place d'un cycle de premier secours au cours d'éducation physique*, Unité de recherche en didactique et formation des enseignants, Université de Liège, Belgique

8.4 Colloques, conférences et notes de cours

Bassleer, B, Boulanger, J-M & Menozzi, C 2014, 'L'empowerment des patients : pourquoi et comment', 7ème Conférence de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers, CHU de Liège.

Dupuis, G 2019, 'Qualité de vie à travers les âges', UQAM LEPSYQ, Colloque Université de Liège, Belgique

Pétré, B 2016-2017, *SANT0009 Education thérapeutique du patient : Aspects théoriques*, Université de Liège, Belgique

Vandoorne, C 2010, Promotion de la santé à l'école : repères internationaux et initiatives en Communauté française, colloque assises de l'éducation relative à l'environnement et au développement durable à l'école, apes, Université de Liège

8.5 Sites internet et sites web

Belgian Resuscitation Council 2019, *Le BRC*, European Resuscitation Council, viewed 27 July 2019 <<https://resuscitation.be/fr/le-brc/>>

Convention relative aux droits de l'enfant 1989, L'observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse, Communauté française de Belgique, no.49, viewed 3 May 2019, <http://www.oejaj.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=baf49c053a90167d94741c1707535e534e75b8a3&file=fileadmin/sites/oejaj/upload/oejaj_super_editor/oejaj_editor/pdf/convention.pdf>

Croix-Rouge 2019, Fédération Wallonie-Bruxelles, Belgique, viewed 13 June 2019 <[https://enseignement.croix-rouge.be/nos-
formations/?_ga=2.84415834.277016671.1563447099-1139165131.1563447099](https://enseignement.croix-rouge.be/nos-formations/?_ga=2.84415834.277016671.1563447099-1139165131.1563447099)>

EducaSanté Promotion de la Santé 2019, *Le manifeste pour les Communautés sûres – 1989*, AVIQ, viewed 4 August 2019, <[https://www.educasante.org/programmes/safe-community-ou-
communaute-sures/](https://www.educasante.org/programmes/safe-community-ou-communaute-sures/)>

KCE 2016, *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme*, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, viewed 2 August 2019, <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_263_Bs_Organisation_et_financement_des_services_durgence.pdf?fbclid=IwAR1mJF4NmX3Ss_RzDzTxpXDIPR6j1_bbzmTg_h_bDrz2yyeOLAjbklnTI-w>

Ministère de l'Éducation nationale 2019, *Formation aux premiers secours et gestes qui sauvent*, Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse, France, viewed 17 July 2019 <<https://www.education.gouv.fr/cid115553/formation-aux-premiers-secours.html>>

OECD 2019, *Belgique. Comment va la vie ?*, Editions OCDE, viewed 28 July 2019, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/fr/countries/belgique-fr/>

Organisation Mondiale de la Santé 1996, *La charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé*, Slovénie, viewed 4 August 2019, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/113305/E55365.pdf?ua=1>

Organisation Mondiale de la Santé 1998, *Éducation thérapeutique du patient*, OMS Bureau Régional pour l'Europe, Copenhague, viewed 4 August 2019, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf>

World Health Organization, *Promotion de la Santé Charte d'OTTAWA*, viewed 15 June 2019, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf>

9 Annexes

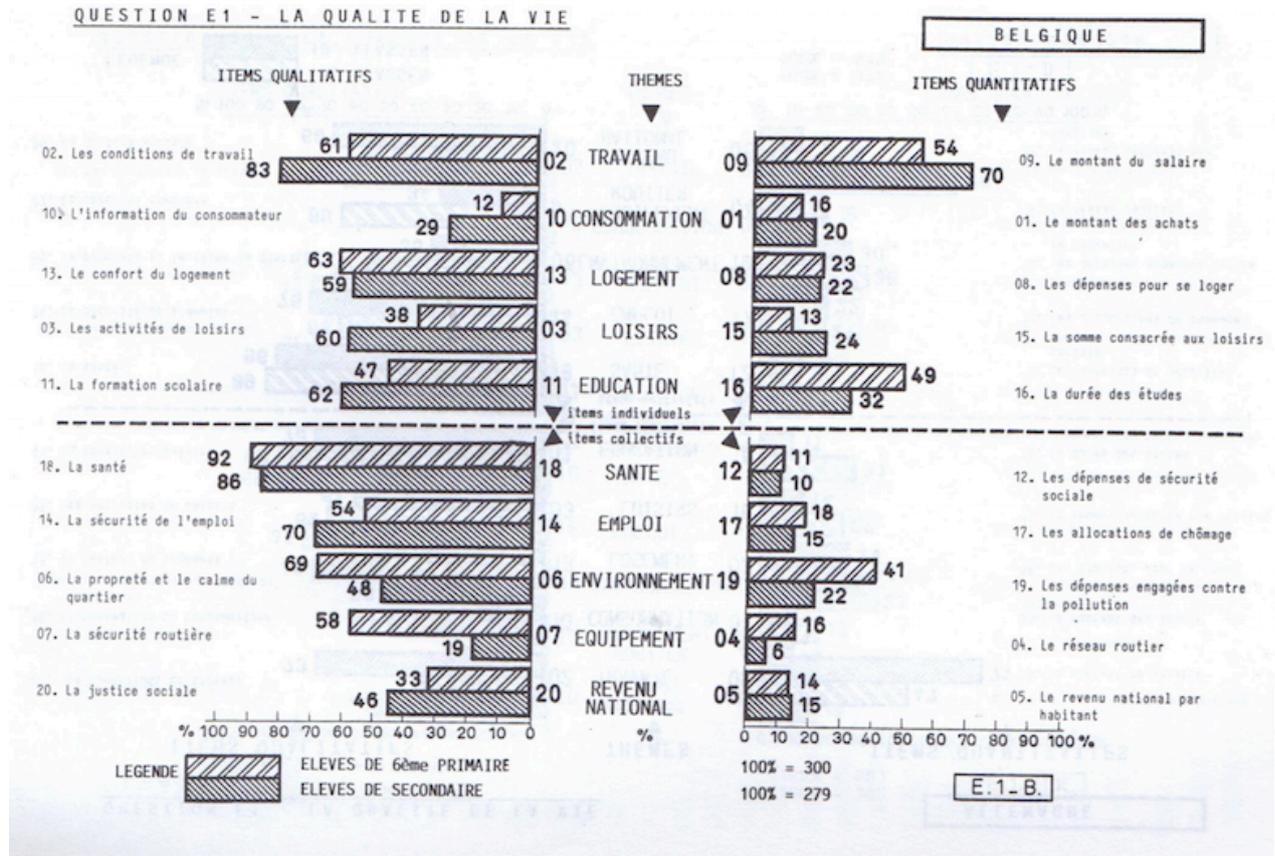
9.1 Annexe 1

Sentiment de compétence perçu suite à une ESF par les adolescents (n=21) (Riquet et al. 2016).

Je me sens capable de...	n=21
Mettre une personne en position latérale de sécurité (PLS)	100%
Soigner une petite coupure Soigner un mal de gorge Soigner une toux De mettre en place à domicile des mesures pour éviter une chute	> 90%
Réaliser un bandage, un pansement Savoir quoi faire pour mon entourage en cas de canicule, de grand froid Prendre en charge et calmer les pleurs d'un bébé Comprendre le comportement d'une personne âgée Soigner une piqûre d'insecte Trouver les informations nécessaires à mes questions sur la santé Savoir agir en cas de chute	> 80%
Surveiller et faire baisser la température d'un enfant Réagir en cas de malaise d'une personne Organiser une pharmacie de premiers soins à la maison Commencer un massage cardiaque Soulager des brûlures d'estomac Soigner un rhume, une rhinite allergique Donner des conseils de santé à ma famille et à mon entourage	> 70%
Gérer les médicaments de parents âgés Soigner une (phlyctène) ampoule Prendre en charge les coliques d'un bébé	> 60%
Orienter un copain qui a des problèmes d'addiction ou psychologiques Calmer une douleur articulaire Soigner une poussée de bouton de fièvre	> 50%
Démarrer les premiers soins pour une foulure	33%

9.2 Annexe 2

Quelle est la place de la consommation dans la qualité de vie ?, Question E1 – La qualité de vie (Albertini 1985, p. 75)



9.3 Annexe 3

Lettre adressée à la direction des établissements scolaires

Objet : Demande d'autorisation d'administrer un questionnaire de 10 minutes, en classe

Liège, le 27/04/2019

Madame, Monsieur la Directrice (le) Directeur,

Etudiante à l'Université de Liège en Master de Sciences de la Santé publique, je réalise une étude auprès d'**adolescents** sur ce qui, pour eux, est la qualité de la vie ainsi que

- leurs expériences vécues,
- leur sentiment d'auto-efficacité
- leurs besoins de formation

en ce qui concerne - les **soins** de la vie quotidienne

- les **secours d'urgence**

vis-à-vis des **proches et de l'entourage**.

Nous comparerons avec des données recueillies dans les Provinces de Liège, Namur et Luxembourg il y a 40 ans et en France en 2016.

Plusieurs écoles ont été sélectionnées pour constituer un échantillon représentatif. Dans chacun de ces établissements, 1 ou 2 classe(s) de 4^{ème} secondaire est/sont choisie(s), directement par le directeur lui-même ou par les professeurs de l'année concernée.

Le questionnaire, d'une durée de passation de **10 minutes** (une page recto-verso), est conçu pour être distribué au sein d'une ou deux de vos classes et rempli par chaque élève.

Les données récoltées sont anonymes : **les noms et prénoms ne sont pas demandés dans le questionnaire**. Vous trouverez en annexe un formulaire de demande **d'autorisation aux parents**.

Si vous acceptez ;

- Pourriez-vous prendre contact avec un(e) ou deux de vos enseignant(e)s qui administreraient ce questionnaire lors de l'un de leurs cours ?

- **Vous et ce(s) enseignant(s)** recevrez, personnellement, une **synthèse globale** des résultats de l'enquête.

Pourriez-vous me faire connaître votre décision avant le 26 avril 2019 ? Et, si elle est favorable, pourriez-vous me faire parvenir votre adresse mail afin de vous faire parvenir un modèle du questionnaire lui-même ou le nombre d'exemplaires voulus ?

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération distinguée.

Chloé Sauvage (mail: chloe.sauvage@student.uliege.be)

Directeurs de la recherche :

Professeurs Dieudonné Leclercq et Benoit Pétré, ULiège

Je marque mon accord sur l'administration du questionnaire aux étudiants.

Signature

9.4 Annexe 4

Lettre du Collège des Enseignants et du Comité Ethique de l'Université de Liège

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 12 mars 2019

Madame la **Prof M. GUILLAUME**
Madame Chloé Sauvage
Service de **SANTE PUBLIQUE**
CHU

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2019/78

"Porter soins et secours en milieu extra-hospitalier; les besoins en compétences et en formation exprimés par des adolescents."

Cher Collègue,

Le Comité constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité d'Ethique n'a pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude. Veuillez cependant préciser que votre étude est entièrement anonyme (sans mention du nom sur les questionnaires).

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN, Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Professeur L. DELATTRE
Secrétaire administratif : H. MASSET Tel : 04 366 83 10 – Fax : 04 366 74 41
Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur : <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

9.5 Annexe 5

Questionnaire

QUESTIONNAIRE « QUALITE DE LA VIE »

Ce questionnaire vise à savoir quels sont les intérêts prioritaires des adolescents de 16 ans dans la Province de Liège.

Q1. Choisis en faisant une barre verticale (ou une croix) dans la cellule (colonne du milieu), les **8** éléments qui, pour toi caractérisent le mieux la **qualité de vie**.

Q2. POUR CES 8 CHOISIS (pas pour les autres), note, dans la colonne de droite, l'**importance (min 1, max 7)** que tu donnes à chacun (NB : il peut y avoir maximum 2 choix qui ont la même importance).
1 = le(s) moins important(s) des 8
7 = le(s) plus important(s) des 8

Q3. Indique **3** autres choses ou éléments (non repris à gauche) qui caractérisent pour toi la qualité de la vie :

1.	Importance (de 1 à 10)
2.	
3.	

Ce qui caractérise le plus la qualité de la vie	Les 8 éléments choisis	Importance (de 1 à 7)
01. Le montant des achats		
02. Les conditions de travail		
03. Les activités de loisirs		
04. Le réseau routier		
05. Le revenu national par habitant		
06. La propreté et le calme du quartier		
07. La sécurité routière		
08. Les dépenses pour se loger		
09. Le montant du salaire		
10. L'information du consommateur		
11. La formation scolaire		
12. Les dépenses de sécurité sociale		
13. Le confort du logement		
14. La sécurité de l'emploi		
15. La somme consacrée aux loisirs		
16. La durée des études		
17. Les allocations de chômage		
18. La santé		
19. Les dépenses engagées contre la pollution		
20. La justice sociale		

Q4. Quel est ton année de naissance ?

Q5. Quel est ton genre ? 1. Féminin 2. Masculin

Q6. As-tu déjà participé à une formation en soins et secours ? 1. Oui 2. Non

Si oui, 1. Où ?
2. Il y a combien de temps ?
3. Et en combien d'heures ?

Q7. Si oui, qu'y as-tu appris ?

Q1. Massage cardiaque 1. Oui 2. Non
Q2. Utiliser un défibrillateur 1. Oui 2. Non
Q3. Soigner une brûlure/plaie 1. Oui 2. Non
Q4. Mettre un bandage 1. Oui 2. Non
Q5. Réaliser les premiers soins pour une foulure/fracture 1. Oui 2. Non
Q6. Autre :

DSSP Université de Liège. Mémoire Chloé SAUVAGE - Questionnaire « Qualité de vie, soins et secours – 16 ans » 2019

1

PARTIE 2 : PORTER SOINS ET SECOURS

Q1. Te sens-tu capable d'agir (Entoure le chiffre)

Je me sens capable de...	(Entoure le chiffre)				Souhaiterais-tu une formation sur cela ?	
	Pas du tout capable	Peu capable	Plutôt capable	Tout-à-fait capable		
Q1. Mettre une personne en position latérale de sécurité (PLS)	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q2. Soigner une petite coupure	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q3. Soigner un mal de gorge	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q4. Soigner une toux	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q5. Mettre en place à domicile des mesures pour éviter une chute	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q6. Réaliser un bandage, un pansement	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q7. Savoir quoi faire pour mon entourage en cas de canicule, de grand froid	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q8. Prendre en charge et calmer les pleurs d'un bébé	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q9. Comprendre le comportement d'une personne âgée	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q10. Soigner une piqûre d'insecte	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q11. Trouver les informations nécessaires à mes questions sur la santé	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q12. Savoir agir en cas de chute	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q13. Surveiller et faire baisser la température d'un enfant	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q14. Réagir en cas de malaise d'une personne	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q15. Organiser une pharmacie de premiers soins à la maison	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q16. Commencer un massage cardiaque	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q17. Soulager des brûlures d'estomac	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q18. Soigner un rhume, une rhinite allergique	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q19. Donner des conseils de santé à ma famille et à mon entourage	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q20. Gérer les médicaments de parents âgés	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q21. Soigner une ampoule, cloche	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q22. Prendre en charge les coliques d'un bébé	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q23. Orienter un copain qui a des problèmes de drogue ou psychologiques	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q24. Calmer une douleur articulaire	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q25. Soigner une poussée de bouton de fièvre	1	2	3	4	1. Oui	2. Non
Q26. Démarrer les premiers soins pour une foulure	1	2	3	4	1. Oui	2. Non

Ce questionnaire est entièrement anonyme (les noms ne sont pas demandés).

DSSP Université de Liège. Mémoire Chloé SAUVAGE - Questionnaire « Qualité de vie, soins et secours – 16 ans » 2019

2

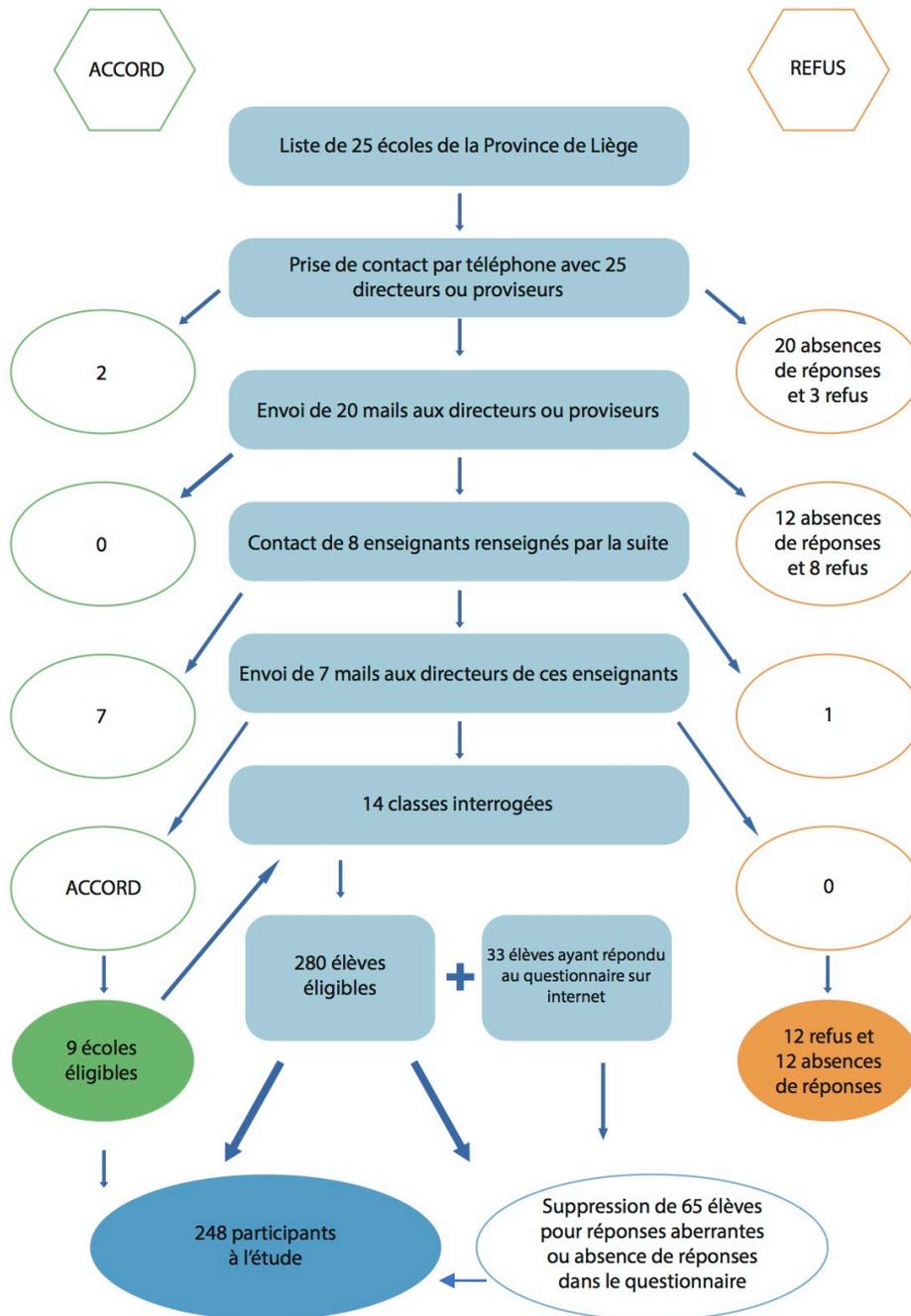
9.6 Annexe 6

Code book

Variable	Type de variable	Codification	Signification
Genre	Binaire	0=homme 1=femme	Genre de l'individu
AGE	Quantitative	/	Age de l'individu
LIBRE	Binaire	0=non 1=oui	Enseignement libre
OFF	Binaire	0=non 1=oui	Enseignement officiel
FORMSS	Binaire	0=non 1=oui	Formation reçue en soins et secours
MCARD	Binaire	0=non 1=oui	Formation reçue en massage cardiaque
DEF	Binaire	0=non 1=oui	Formation reçue à l'utilisation du défibrillateur
BRUL	Binaire	0=non 1=oui	Formation reçue pour soigner une plaie/brûlure
BAND	Binaire	0=non 1=oui	Formation reçue pour mettre un bandage
FOUL	Binaire	0=non 1=oui	Formation reçue pour réaliser les premiers soins pour une foulure/fracture
AUTRE	Qualitative	Question semi-ouverte	Autres formations.
QV(x)	Binaire	0=non 1=oui	Sélection de l'item dans la qualité de vie
IMP_QV(x)	Ordinale	0=non 1 à 7=ordre croissant	Valeur d'importance donnée à l'item de la qualité de vie
QVCHOIX	Qualitative	Question semi-ouverte	Autres éléments de la qualité de vie
SANTE	Binaire	0=les personnes qui ont mis une valeur <5 pour la santé 1=les personnes qui ont mis une valeur >5 pour la santé	Poids de la santé
PSS(x)	Ordinale à 4 modalités	1=pas du tout capable 2=peu capable 3=plutôt capable 4=tout-à-fait capable	Sentiment d'auto-efficacité sur les 26 items de soins et secours
FORM(x)	Binaire	0=non 1=oui	Souhait d'une formation
TOTPSS	Quantitative	/	Somme totale des PSS(x)
TOTFORM	Quantitative	/	Somme totale des FORM(x)

9.7 Annexe 7

Flow Chart



9.8 Annexe 8

Apprentissages acquis au niveau des formations en soins et secours suivies par 90 élèves

Variables		Nombre d'élèves formés n(%) n=90
Massage cardiaque		75(83,33)
Mettre un bandage		54(60)
Soigner une brûlure/plaie		45(50)
Utiliser un défibrillateur		42(46,66)
Réaliser les premiers soins pour une foulure/fracture		27(30)
Autre (en majorité : PLS)	PLS	7(7,78)
	Appeler secours	5(5,55)
	Autre	9(10)
	Total	21(23,33)

9.9 Annexe 9

Tableau de fréquences des besoins et compétences à « porter soins et secours »

Variables PS&S	Sentiment d'auto-efficacité (3-4) n(%) n=248	Femmes (3-4) n(%) n=156	Hommes (3-4) n(%) n=92	P valeur	Besoins déclarés n(%) n=248	Femmes n(%) n=156	Hommes n(%) n=92	P valeur
1. Mettre une personne en position latérale de sécurité	165(66,53)	96(61,54)	69(75)	* $\rho=0,001$	147(59,27)	106(67,95)	41(44,56)	* $\rho<0,001$
2. Soigner une petite coupure	222(89,52)	140(89,74)	82(89,13)	$\rho=0,623$	71(28,63)	48(30,77)	23(25)	$\rho=0,334$
3. Soigner un mal de gorge	220(88,71)	140(89,74)	80(86,96)	$\rho=0,770$	51(20,56)	32(20,51)	19(20,65)	$\rho=0,979$
4. Soigner une toux	202(81,45)	135(86,54)	67(72,83)	$\rho=0,074$	59(23,79)	33(21,15)	26(28,26)	$\rho=0,206$
5. Mettre en place à domicile des mesures pour éviter une chute	134(54,03)	72(46,15)	62(67,39)	* $\rho=0,003$	143(57,66)	96(61,54)	47(51,09)	$\rho=0,108$
6. Réaliser un bandage, un pansement	215(86,69)	135(86,54)	80(86,96)	$\rho=0,852$	103(41,53)	71(45,51)	32(34,78)	$\rho=0,098$
7. Savoir quoi faire pour mon entourage en cas de canicule, de grand froid	157(63,31)	86(55,13)	71(77,17)	* $\rho<0,001$	132(53,23)	92(58,97)	40(43,48)	* $\rho=0,018$
8. Prendre en charge et calmer les pleurs d'un bébé	147(59,27)	98(62,82)	49(53,26)	$\rho=0,092$	103(41,53)	69(44,23)	34(36,96)	$\rho=0,263$
9. Comprendre le comportement d'une personne âgée	127(51,21)	79(50,64)	48(52,17)	$\rho=0,555$	117(47,18)	78(50)	39(42,39)	$\rho=0,248$
10. Soigner une piqûre d'insecte	139(56,05)	89(57,05)	50(54,35)	$\rho=0,486$	119(47,98)	73(46,79)	46(50)	$\rho=0,627$
11. Trouver les informations nécessaires à mes questions sur la santé	150(60,48)	86(55,13)	64(69,57)	* $\rho=0,019$	99(39,92)	71(45,51)	28(30,43)	* $\rho=0,014$
12. Savoir agir en cas de chute	119(47,98)	69(44,23)	50(54,35)	$\rho=0,080$	170(68,55)	114(73,08)	56(60,87)	* $\rho=0,030$
13. Surveiller et faire baisser la température d'un enfant	81(32,66)	57(36,54)	24(26,09)	$\rho=0,245$	159(64,11)	107(68,59)	52(56,52)	$\rho=0,056$
14. Réagir en cas de malaise d'une personne	85(34,27)	56(35,9)	29(31,52)	$\rho=0,332$	185(74,59)	126(80,77)	59(64,13)	* $\rho=0,004$
15. Organiser une pharmacie de premiers soins à la maison	139(56,05)	96(61,54)	43(46,74)	* $\rho=0,043$	124(50)	77(49,36)	47(51,09)	$\rho=0,794$
16. Commencer un massage cardiaque	74(29,84)	43(27,56)	31(33,69)	* $\rho=0,026$	192(77,42)	123(78,85)	69(75)	$\rho=0,486$
17. Soulager des brûlures d'estomac	106(42,74)	66(42,31)	40(43,48)	$\rho=0,389$	100(40,32)	60(38,46)	40(43,48)	$\rho=0,439$
18. Soigner un rhume, une rhinite allergique	141(56,85)	92(58,97)	49(53,26)	$\rho=0,774$	88(35,48)	54(34,62)	34(36,96)	$\rho=0,711$
19. Donner des conseils de santé à ma famille et à mon entourage	125(50,40)	79(50,64)	46(50)	$\rho=0,508$	120(48,39)	86(55,13)	34(36,96)	* $\rho=0,006$
20. Gérer les médicaments de parents âgés	109(43,95)	69(44,23)	40(43,48)	$\rho=0,953$	123(49,59)	80(51,28)	43(46,74)	$\rho=0,491$
21. Soigner une ampoule, une cloche	175(70,56)	117(75)	58(63,04)	$\rho=0,099$	69(27,82)	40(25,64)	29(31,52)	$\rho=0,320$
22. Prendre en charge les coliques d'un bébé	56(22,58)	35(22,44)	21(22,83)	$\rho=0,096$	158(63,71)	107(68,59)	51(55,43)	* $\rho=0,038$
23. Orienter un copain qui a des problèmes de drogue ou psychologiques	128(51,61)	72(46,15)	56(60,87)	$\rho=0,061$	141(56,85)	93(59,62)	48(52,17)	$\rho=0,255$
24. Calmer une douleur articulaire	102(41,13)	62(39,74)	40(43,48)	$\rho=0,586$	148(59,68)	100(64,10)	48(52,17)	$\rho=0,065$
25. Soigner une poussée de bouton de fièvre	81(32,66)	63(40,38)	18(19,57)	* $\rho=0,006$	105(42,34)	58(37,18)	47(51,09)	* $\rho=0,032$
26. Démarrer les premiers soins pour une foulure	81(32,66)	46(29,49)	35(38,04)	* $\rho=0,046$	170(68,55)	112(71,79)	58(63,04)	$\rho=0,153$

*Valeur significative

9.10 Annexe 10

Tableau de fréquences des variables sur la qualité de vie et le genre

Variables Qdv	Fréquence de sélection des items n(%) n=248	Femmes n(%) n=156	Hommes n(%) n=92	P valeur	Moyenne des niveaux d'importance M ± SD
18. La santé	235(94,76)	150(96,15)	85(92,39)	$\rho=0,199$	6,09±2,02
2. Les conditions de travail	196(79,03)	122(78,21)	74(80,43)	$\rho=0,677$	3,51±2,3
9. Le montant du salaire	178(71,77)	110(70,51)	68(73,91)	$\rho=0,566$	3,13±2,48
11. La formation scolaire	163(65,73)	110(70,51)	53(57,61)	* $\rho=0,039$	2,94±2,59
13. Le confort du logement	146(58,87)	89(57,05)	57(61,96)	$\rho=0,448$	2,37±2,43
3. Les activités de loisirs	137(55,24)	84(53,85)	53(57,61)	$\rho=0,565$	2±2,33
20. La justice sociale	123(49,6)	90(57,69)	33(35,87)	* $\rho=0,001$	2,32±2,69
6. La propreté et le calme du quartier	117(47,18)	80(51,28)	37(40,22)	$\rho=0,092$	1,43±1,98
14. La sécurité de l'emploi	106(42,74)	65(41,66)	41(44,57)	$\rho=0,656$	1,84±2,39
7. La sécurité routière	88(35,48)	64(41,03)	24(26,09)	* $\rho=0,018$	1,37±2,14
19. Les dépenses engagées contre la pollution	84(33,87)	52(33,33)	32(34,78)	$\rho=0,816$	1,39±2,27
16. La durée des études	78(31,45)	45(28,84)	33(35,87)	$\rho=0,250$	1,24±2,08
8. Les dépenses pour se loger	71(28,63)	37(23,72)	34(36,96)	* $\rho=0,026$	1,07±1,96
1. Le montant des achats	65(26,21)	40(25,64)	25(27,17)	$\rho=0,791$	0,82±1,71
5. Le revenu national par habitant	48(19,35)	29(18,59)	19(20,65)	$\rho=0,691$	0,68±1,61
15. La somme consacrée aux loisirs	35(14,11)	16(10,26)	19(20,65)	* $\rho=0,023$	0,41±1,25
17. Les allocations de chômage	29(11,69)	18(11,54)	11(11,96)	$\rho=0,921$	0,41±1,35
4. Le réseau routier	26(10,48)	14(8,97)	12(13,04)	$\rho=0,312$	0,25±0,88
12. Les dépenses de sécurité sociale	21(8,47)	13(8,33)	8(8,69)	$\rho=0,921$	0,28±1,07
10. L'information du consommateur	16(6,45)	9(5,77)	7(7,61)	$\rho=0,569$	0,27±1,14

*Valeur significative

9.11 Annexe 11

Tableau de fréquences et moyennes des besoins déclarés en lien avec l'item « santé » Qdv

Variables PS&S	Souhait de formation		Pas de souhait	
	Fréq. %	Poids de « Santé » M ± SD	Fréq. %	Poids de « Santé » M ± SD
16. Commencer un massage cardiaque	77,42	6,25±1,81	22,58	5,54±2,55
14. Réagir en cas de malaise d'une personne	74,6	6,18±1,9	25,4	5,84±2,33
12. Savoir agir en cas de chute	68,95	6,03±2,07	31,05	6,22±1,93
26. Démarrer les premiers soins pour une foulure	68,55	6,03±2,01	31,45	6,23±2,04
13. Surveiller et faire baisser la température d'un enfant	64,11	6,03±2,06	35,89	6,2±1,95
22. Prendre en charge les coliques d'un bébé	63,71	6,08±1,98	36,29	6,11±2,1
24. Calmer une douleur articulaire	59,68	6,09±1,97	40,32	6,1±2,1
1. Mettre une pers.en position latérale de sécurité	59,27	5,86±2,23	40,73	6,43±1,61
5. Mettre en place à domicile des mesures pour éviter une chute	57,66	6,01±2,05	42,34	6,21±1,98
23. Orienter un copain qui a des problèmes de drogue ou psychologiques	56,85	5,95±2,08	43,15	6,28±1,93
7. Savoir quoi faire pour mon entourage en cas de canicule, de grand froid	53,23	6,09±1,99	46,77	6,09±2,06
15. Organiser une pharmacie de premiers soins à la maison	50	6,23±1,82	50	5,95±2,2
20. Gérer les médicaments de parents âgés	49,6	5,93±2,19	50,4	6,26±1,83
19. Donner des conseils de santé à ma famille et à mon entourage	48,39	6±2,09	51,61	6,18±1,95
10. Soigner une piqûre d'insecte	47,98	6,1±1,98	52,02	6,09±2,06
9. Comprendre le comportement d'une personne âgée	47,18	6,03±2,03	52,82	6,15±2,01
25. Soigner une poussée de bouton de fièvre	42,34	5,99±2,17	57,66	6,17±1,9
8. Prendre en charge et calmer les pleurs d'un bébé	41,53	6,13±1,93	58,47	6,07±2,09
6. Réaliser un bandage, un pansement	41,53	5,96±2,15	58,47	6,19±1,92
11. Trouver les informations nécessaires à mes questions sur la santé	40,32	6,10±2	59,68	6,08±2,04
17. Soulager des brûlures d'estomac	40,32	6,2±1,87	59,68	6,02±2,12
18. Soigner un rhume, une rhinite allergique	35,48	5,85±2,22	64,52	6,22±1,9
2. Soigner une petite coupure	28,63	5,83±2,26	71,37	6,19±1,91
21. Soigner une ampoule, une cloche	27,82	5,97±2,09	72,18	6,14±1,99
4. Soigner une toux	23,79	6,14±1,91	76,21	6,08±2,06
3. Soigner un mal de gorge	20,56	5,61±2,41	79,44	6,22±1,89

9.12 Annexe 12

Tableau de fréquences du sentiment d'auto-efficacité (3-4) en lien avec la formation reçue

Sentiment d'auto-efficacité (3-4)	Formation reçue n(%) n=90	Pas de formation reçue n(%) n=158	P valeur
1. Mettre une personne en position latérale de sécurité	70(77,78)	95(60,13)	* $\rho < 0,001$
2. Soigner une petite coupure	80(88,89)	142(89,87)	$\rho = 0,947$
3. Soigner un mal de gorge	80(88,89)	140(88,61)	$\rho = 0,606$
4. Soigner une toux	75(83,33)	127(80,38)	$\rho = 0,943$
5. Mettre en place à domicile des mesures pour éviter une chute	52(57,78)	82(51,9)	$\rho = 0,227$
6. Réaliser un bandage, un pansement	83(92,22)	132(83,54)	$\rho = 0,141$
7. Savoir quoi faire pour mon entourage en cas de canicule, de grand froid	60(66,67)	97(61,39)	$\rho = 0,547$
8. Prendre en charge et calmer les pleurs d'un bébé	51(56,67)	96(60,76)	$\rho = 0,552$
9. Comprendre le comportement d'une personne âgée	51(56,67)	76(48,1)	$\rho = 0,175$
10. Soigner une piqûre d'insecte	53(58,89)	86(54,43)	$\rho = 0,55$
11. Trouver les informations nécessaires à mes questions sur la santé	60(66,67)	90(56,96)	* $\rho = 0,021$
12. Savoir agir en cas de chute	46(51,11)	73(46,2)	$\rho = 0,490$
13. Surveiller et faire baisser la température d'un enfant	32(35,55)	49(31,01)	$\rho = 0,275$
14. Réagir en cas de malaise d'une personne	44(48,89)	41(25,95)	* $\rho = 0,001$
15. Organiser une pharmacie de premiers soins à la maison	57(63,33)	82(51,9)	$\rho = 0,053$
16. Commencer un massage cardiaque	54(60)	20(12,66)	* $\rho < 0,001$
17. Soulager des brûlures d'estomac	42(46,67)	64(40,51)	$\rho = 0,342$
18. Soigner un rhume, une rhinite allergique	54(60)	87(55,06)	$\rho = 0,422$
19. Donner des conseils de santé à ma famille et à mon entourage	50(55,55)	75(47,47)	$\rho = 0,208$
20. Gérer les médicaments de parents âgés	43(47,78)	66(41,77)	$\rho = 0,477$
21. Soigner une ampoule, une cloche	66(73,33)	109(68,99)	$\rho = 0,084$
22. Prendre en charge les coliques d'un bébé	18(20)	38(24,05)	$\rho = 0,250$
23. Orienter un copain qui a des problèmes de drogue ou psychologiques	47(52,22)	81(51,27)	$\rho = 0,505$
24. Calmer une douleur articulaire	37(41,11)	65(41,14)	$\rho = 0,846$
25. Soigner une poussée de bouton de fièvre	49(54,44)	48(30,38)	$\rho = 0,208$
26. Démarrer les premiers soins pour une foulure	36(40)	45(28,48)	$\rho = 0,063$

*Valeur significative