

Université Lumière Lyon 2  
Ecole doctorale : Sciences de l'éducation, Psychologie, Information, Communication  
Institut de Psychologie  
Groupe de Recherches en Psychologie sociale (le GRePs, EA4163)  
Université de Yaoundé I  
Faculté des Arts, Lettres et Sciences humaines  
Département de Psychologie  
Laboratoire de Psychologie expérimentale

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

**Par Claude Désiré NOUMBISSIE**

Thèse de doctorat en Psychologie

Sous les directions d'André EMTCHEU et d'Annik HOUEL

Présentée et soutenue publiquement le 28 avril 2010

Composition du jury : André EMTCHEU, Professeur d'université, Université de Yaoundé 1 Annik HOUEL, Professeur des universités, Université Lyon 2 André NTONFO, Professeur d'université, Université de Yaoundé 1 Rémi KOUABENAN, Professeur des universités, Université de Grenoble 2 Thémis APOSTOLIDIS, Professeur des universités, Université d'Aix-Marseille



# Table des matières

Contrat de diffusion . . .	5
Dédicace . . .	6
Remerciements . . .	7
Résumé . . .	8
Abstract . . .	10
Liste des abréviations, sigles et acronymes . . .	12
Introduction générale . . .	14
<b>Première partie : Problématique, cadre conceptuel et fondement théorique de l'étude. . .</b>	<b>19</b>
<b>Chapitre 1 : Problématique générale . . .</b>	<b>19</b>
1.1- Contexte de l'étude . . .	19
1.2- Objet de l'étude . . .	21
1.3- Les positions théoriques sur le problème de l'étude . . .	23
1.4- Problématique théorique de l'étude . . .	30
1.5- Question de recherche et hypothèse générale de l'étude . . .	31
1.6- Objectifs et but de l'étude . . .	32
1.7- Intérêts et pertinence de l'étude . . .	33
1.8- Limites et type d'étude . . .	34
1.9- Définitions des concepts clés de l'étude . . .	36
<b>Chapitre 2: Cadre conceptuel de l'étude . . .</b>	<b>41</b>
2.1- De L'attitude au comportement . . .	41
2.2- La sexualité, l'adolescence et le VIH/sida : une dynamique fonctionnelle . . .	74
2.3- Le VIH/sida : stratégies de prévention et évolution du débat scientifique en Afrique . . .	82
<b>Chapitre 3 : Fondement théorique de l'étude . . .</b>	<b>89</b>
3.1- Les fondements théoriques et historiques de la modification du comportement . . .	89
3.2- Les conceptions du changement de comportement . . .	92
3.3- Influence sociale et changement de comportement . . .	101
3.4- Théories et modèles de changement de comportement de santé . . .	103
3.5- De l'intention d'agir à l'action . . .	121
<b>Deuxième partie : Approches méthodologiques et opératoires, présentation des résultats, analyse et discussion. . .</b>	<b>136</b>
<b>Chapitre 4 : Approches méthodologiques et opératoires . . .</b>	<b>136</b>
4.1- Méthodes de recherche en psychologie sociale . . .	136
4.2- Présentation et justification de la méthode retenue . . .	137
4.3- Rappel de l'objet d'étude . . .	138
4.4- Le corps des variables potentielles de l'étude . . .	138
4.5- les Hypothèses et leurs variables . . .	144
4.6- Les instruments de mesure . . .	155
4.7- Présentation du site de la recherche : Yaoundé . . .	168
4.8- La population, l'échantillonnage et l'échantillon de base . . .	170

4.9- Présentation du logiciel de traitement statistique retenu : SPSS. . .	177
4.10- Techniques d'analyse des données . .	179
<b>Chapitre 5 : Présentation des résultats . .</b>	<b>184</b>
5.1- La saisie des données de l'enquête. . .	184
5.2-Présentation des résultats de la première phase . .	186
5.3- Présentation des résultats de la deuxième phase. . .	207
5.4- Confrontation des résultats des deux phases de l'étude. . .	230
<b>Chapitre 6 : Analyse, interprétation et discussion des résultats. . .</b>	<b>233</b>
6.1- Analyse et interprétation des résultats . .	234
6.2- Discussion . .	264
6.3- Modèle de prédiction des comportements humains proposé . .	267
<b>Conclusion générale . .</b>	<b>269</b>
<b>Références bibliographiques . .</b>	<b>274</b>
<b>Annexes . .</b>	<b>291</b>
Annexe B : Les attestations . .	291
Annexe C : Les questionnaires . .	292
Annexe D : La table du Khi-deux de Pearson . .	300
Annexe E : Carte scolaire de la ville de Yaoundé . .	302
Glossaire . .	305
Résumé . .	308
Abstract . .	309

## Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

## **Dédicace**

*À mes enfants Durrel Archange, Marc-Emmanuel et Lucanne ; ma fiancée Clarice ; mes feus  
parents Bernadette et Ambroise ; la famille Tchouanka.*

## Remerciements

- Aux professeurs, EMTCHEU André et HOUEL Annik, qui ont accepté de diriger ce travail. Leur disponibilité, leur réconfort, leurs aides et leurs multiples conseils ont permis de l'achever ;

- à tous les enseignants du département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, et plus particulièrement au Dr. EBALE MONEZE Chandel qui a guidé nos premiers pas dans la recherche ainsi qu'au Pr. FONKENG EPAH George qui nous a permis de renforcer nos capacités et au Groupe de Recherche en Psychologie sociale (le GRePs, EA4163) de l'Université Lumière Lyon2 pour son assistance et son soutien;

- aux familles DJAPE Fabien et MONKAM Stanislas pour leur encadrement ;

- à notre tante TCHUITCHEU Lucie pour l'éducation de nos cadets et notre oncle ENANGUE Antoine et son épouse EPANDE Marie pour leur soutien ;

- à M. BEYE MPEL Paul Auguste, qui nous a permanemment honoré de sa solide, sincère et fraternelle amitié ;

- aux dames NKITYOM Sara, NGAH ESSOMBA Hélène Chantal, NGO MANG Justine Yvette, MOUTASSI Marie-Louise et WENANG Florette qui nous ont soutenu et encouragé ;

- à tous nos frères et sœurs, plus particulièrement Cyrille, Serge, Armand, Christian, Fernand, Guy, Alain, Jean Bernard, Gaël, Christophe, Eléonore, Christiane, Fustelle, Natacha pour leurs multiples soutiens ;

- à tous les participants (adolescents- élèves des classes terminales de Yaoundé), qui ont accepté de nous fournir les informations, matière première de la recherche ;

- aux personnels de tous les établissements de la ville de Yaoundé, qui ont abrité notre enquête pour avoir facilité l'administration de nos questionnaires ;

- nous témoignons notre reconnaissance fraternelle à tous les amis (es) :

\* BANINDJEL Joachen ;

\* MESSANGA Gustave Adolphe ;

\* NGAMALEU Henri Rodrigue ;

\* AMANA Evelyne ;

- nous associons à cet hommage tous ceux qui pensent avoir contribué de quelque manière que ce soit à la réalisation de ce modeste travail.

## Résumé

Cette thèse intitulée « Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Etude de la résistance à l'usage du préservatif chez les Adolescents-élèves des classes terminales de la ville de yaoundé(Cameroun) » **s'inscrit dans la problématique de la mise en acte de l'intention. Elle tire son fondement théorique du paradigme attitude-comportement. Elle porte sur le changement et la résistance au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida chez les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé(Cameroun) et plus précisément sur l'usage du préservatif.**

Elle part du constat d'une relation théorique pas toujours évidente entre l'intention et l'action comme le laisse penser Ajzen(1991) dans son modèle de l'action planifiée. Pour Ajzen, un comportement planifié est précédé d'une intention d'action et l'intention est le prédicteur décisif du comportement. Elle reproche à l'intention de ne pas toujours prévoir l'action et pose le problème de l'insuffisance du contrôle de l'intention sur l'action. Elle se propose de résoudre ce problème en convoquant les variables intermédiaires qui pourraient permettre de mieux comprendre pourquoi certaines intentionnalités ne conduisent pas à l'action escomptée.

Elle a pour objectif de montrer le rôle des autres variables d'action (susceptibles de déclencher l'action intentionnelle ou d'influencer le processus de la mise en acte de l'action) que nous nommerons intermédiaires entre l'intention et l'action si leur influence sur l'action est statistiquement significative et intervient après élaboration au préalable d'une intention d'action. L'insuffisance du contrôle de l'intention sur l'action à notre avis serait due à la qualité des pressions que ces variables exerceraient sur l'intention après son élaboration ou pendant sa mise en acte.

La question de recherche qui sous-tend cette étude est formulée ainsi qu'il suit : existe-t-il entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel » ? **En inscrivant la recherche dans la problématique de la lutte contre le VIH/Sida par l'usage du préservatif, cette question est reformulée en ces termes : existe-t-il entre l'intention de porter un préservatif et le port effectif du préservatif, des variables qui conduisent au non port du préservatif pendant les rapports sexuels?**

**Pour y répondre, l'hypothèse générale suivante a été formulée :** il existe entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel » . **Autrement dit,** il existe entre l'intention de porter un préservatif et le port effectif du préservatif des variables qui conduisent au non port du préservatif pendant les rapports sexuels. **Cette hypothèse a été opérationnalisée à la lumière des différents facteurs (objet, sujet, situation d'interaction, contexte, etc.) inventoriés par Boudon et Bourricaud (2004) comme susceptibles d'influencer le processus de déroulement d'une action.**

**En focalisant l'intérêt scientifique sur l'action « porter un préservatif », neuf variables psychologiques susceptibles d'influencer le déroulement de cette action ont été identifiées et ont été retenues pour élaborer neuf hypothèses de recherche :**

**HR<sub>1</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une pression psychosociale* qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».**



HR<sub>2</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *un contexte* qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».

HR<sub>3</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une négociation* qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».

HR<sub>4</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *un but* qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».

HR<sub>5</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une inertie cognitive* qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».

HR<sub>6</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une force de l'habitude* qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».

HR<sub>7</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une force de l'affectivité* qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».

HR<sub>8</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *des circonstances* qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».

HR<sub>9</sub> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *des antécédents* qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».

Pour vérifier ces hypothèses, nous avons mené une étude longitudinale (deux recueils à trois mois d'intervalle). Deux questionnaires ont ainsi été construits et administrés en deux phases (février et mai 2007) aux adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé (Cameroun) choisis suivant la technique du plan d'échantillonnage aléatoire simple stratifié. Le premier questionnaire comporte des échelles d'attitudes inspirées du modèle de Likert (1933) et fondées sur les grandes articulations de la théorie de l'action planifiée. Le second est constitué des questions fermées et ouvertes relatives à l'influence des variables présumées intermédiaires à l'intention et à l'action et présupposées de résistance à l'usage du préservatif.

Après dépouillement des données de 342 participants, les résultats indiquent que 6% ont des intentions défavorables au port du préservatif, 6% sont indécis et 88% ont des intentions favorables au port du préservatif pendant les trois mois précédant la seconde phase de l'enquête. Les résultats de la seconde phase de l'enquête montrent que 62% des participants qui ont manifesté une bonne intention de porter un préservatif ont eu des rapports sexuels protégés et 38%, par contre, ont eu des rapports sexuels non protégés. A l'aide du Khi-deux de Pearson, cinq variables (la pression psychosociale, le contexte, l'inertie cognitive, la force de l'affectivité et les antécédents) sur les neuf étudiées ont eu un effet statistiquement significatif sur le refus du port du préservatif. Elles ont donc définitivement été identifiées comme variables intermédiaires à l'intention et à l'action. C'est ainsi que la conclusion suivante a été retenue : de l'intention d'agir à l'action, il existe des variables intermédiaires qui agissent sur l'action indépendamment de l'intention pré-établie. **La résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents manifestant une intention favorable au port du préservatif est due à l'influence exercée par ces variables.**

## Abstract

This thesis entitled "**Attitude and sexual behaviour change in regard of HIV/AIDS: from intention to action**". The study of the resistance to the use of condoms among adolescents-students of upper six of Yaounde (Cameroon)" joins in the problem of the stake in act of the intention. It pulls its theoretical foundation of paradigm attitude-behavior. It concerns the change and the resistance to change of sexual behavior towards HIV / AIDS at the teenagers-pupils of final years sexually active of the city of Yaounde (Cameroon) and more particularly on the custom (usage) of the condom.

It leaves the report of a not always evident theoretical relation between the intention and the action as Ajzen (1991) in its model of planned behaviour lets it think. For Ajzen, a planned behavior is preceded by an intention of action and the intention is the decisive predictor of the behavior. It blames not to plan still the action and raises the problem of the incapacity of the control of the intention over the action. It suggests resolving this problem by convening the intermediate variables which could allow understanding better why some intentionnalities do not lead to the expected action.

The present study has as main objective to show the role of the other variables of action (susceptible to activate (start) the deliberate action or to influence the process of the stake in act of an action) which we shall name intermediary variables between the intention and the action if their influence on the action intervenes after elaboration beforehand of an c' intention of action. The incapacity of the control of the intention over the action in our opinion would be caused for the quality of the pressures which these variables would exercise on the intention.

The principal research question of this study is formulated as follows: **Does any variable exist between the intention to act and the action, which leads to the realisation of an anti intentional behaviour?** By placing this research project in the problem surrounding the fight against HIV/Aids through the use of condoms, this question is reformulated as follows: **does any variable exist between the intention to use condoms and the effective use of condoms which leads to the non use of condoms during sexual intercourse.**

To answer this question the following hypothesis is formulated: **There exists between the intention to act and the action, variables which lead to the realisation of an anti intentional behaviour.** In other words, **there exists between the intention to use condoms and the effective use of condoms, variables which lead to non use of condoms during sexual intercourse.** This hypothesis has been operationalised with reference to different factors (object, subject, interaction situation, context, etc.) inventorised by Boudon and Bourricaud (2004) as capable of influencing the process of the development of action.

By focusing the scientific interest on the action to use condom, nine Psychological variables susceptible to influence the progress of this action were identified and were retained to elaborate nine research hypotheses :

**RH 1** : There exists between the intention to act and the action, a *psychosocial pressure* which leads to the realisation of an anti intentional behaviour.

**RH 2** : There exists between the intention to act and the action, a *context* which leads to the realisation of an anti intentional behaviour.

**RH 3** : There exists between the intention to act and the action, a *negotiation* which leads to the realisation of an anti intentional behaviour.

**RH 4** : There exists between the intention to act and the action, a *goal* which leads to the realisation of an anti intentional behaviour.

**RH 5** : There exists between the intention to act and the action, a *cognitive inertia* which leads to the realisation of an anti intentional behaviour.

**RH 6** : There exists between the intention to act and the action, a *habit force* which leads to the realisation of an anti intentional behaviour.

**RH 7** : There exists between the intention to act and the action, an *affective force* which leads to the realisation of an anti intentional behaviour.

**RH 8** : There exists between the intention to act and the action, *circumstances* which lead to the realisation of an anti intentional behaviour.

**RH 9** : There exists between the intention to act and the action, *antecedents* which lead to the realisation of an anti intentional behaviour.

To test these hypotheses, we led a longitudinal study (two collections in three months of interval). Two different questionnaires were constructed and administered in two phases (February and May, 2007) to adolescent students of the upper sixth form in Yaounde town (Cameroon), chosen through a simple random sampling technique. The first questionnaire comprised of an attitude scale based on the Likert model (1933) and founded on the great articulations of theory of planned behaviour. The second questionnaire comprised of closed and opened questions related to the influence of the presumed intermediate variables to intention and action.

After data processing and analysis of 342 participants, the results indicate that **6%** have disfavoured intention to the use of condoms, **6%** undecided and **88%** have favourable intention to the use of condoms during the three months preceding the second phase of the study. The results of the second phase of the study show that **62%** of participants who manifested a favourable intention towards the use of condoms have had protected sexual intercourse while **38%** have had unprotected sexual intercourse. With the use of the Pearson  $\chi^2$ , five variables (psychosocial pressure, context, cognitive inertia, affective force and antecedents) on the nine retained had a statistically significant effect on the non use of condoms. They were therefore, definitely identified as intermediary variables to intention and action. Thus the following conclusion is made: **from the intention to act and action there exist intermediary variables which impact on action independent of pre-established intention.** Therefore the resistance to the use of condoms among adolescents who have favourable intention towards the use of condoms is due to these variables.

## Liste des abréviations, sigles et acronymes

**AIDS** : Acquired Immunodeficiency Syndrome

**ANOVA** : Analysis of Variances

**ARN** : Acide Ribonucléique

**ARV** : Antirétroviral

**CNLS** : Comité National de Lutte contre le Sida

**CD4<sup>+</sup>** : Lymphocytes

**CERAC** : Cercle des Amis du Cameroun

**CSPRO** : Census and Survey Processing System

**DEA** : Diplôme d'Etudes Approfondies

**Dir** : Sous la Direction de

**Ed** : Edition

**EDSC-II** : Deuxième Enquête Démographique et de la Santé menée au Cameroun

**EDSC-III** : Troisième Enquête Démographique et de la Santé menée au Cameroun

**Et al.** : Et « collaborateurs »

**Etc.** : Et cetera

**HIV** : Human Immunodeficiency Virus

**Ibid** : Ibidem

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**MINSANPUB** : Ministère de la Santé Publique Camerounaise

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONUSIDA** : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

**PNLS** : Programme National de Lutte contre le Sida

**SIDA** : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

**SPSS** : Statistical Package for Social Sciences

**Sui generis** : « Unique dans ses caractéristiques »

**SWAA** : Society For Women and AIDS in Africa

**TCD4<sup>+</sup>** : Taux de lymphocytes (globules blancs)

**UNAIDS** : United Nations Programme on HIV/Aids

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**vol.** : Volume

**WHO** World Health Organization.

**« Le réel n'est pas ce que l'on cherche... c'est ce que l'on trouve et que l'on continue à chercher sans jamais cesser de le trouver et pourtant il y a des entraves à le trouver et des moyens pour le chercher. » [Pierre Ickowicz Pigwoï (e-test, 2006)].**

## Introduction générale

Le sida a depuis ses débuts suscité de nombreuses recherches dans les différentes sphères scientifiques. Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la problématique du sida et une abondante littérature sur la question a été commise et proposée à la communauté scientifique. Il est de nos jours difficile de recenser toutes les publications faites sur la question et il serait encore très difficile dans cette thèse de convoquer l'ensemble des travaux publiés sur la problématique qui a retenu notre attention.

La problématique de la mise en acte de l'intention qui intéresse actuellement les chercheurs, accorde une priorité en psychologie sociale aux travaux d'Ajzen et de Fishbein respectivement sur la théorie de l'action raisonnée et de l'action planifiée. Leurs modèles nous permettent d'introduire la problématique du changement et de la résistance au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida chez les adolescents sexuellement actifs et plus précisément sur ceux des classes terminales de la ville de Yaoundé, inscrits dans un établissement ou un institut scolaire reconnu officiellement au Cameroun et figurant sur la carte scolaire du département du Mfoundi, établie par le service de la carte scolaire, de l'orientation scolaire et des activités post et péri-scolaires du Ministère des Enseignements Secondaires du Cameroun pour l'année scolaire 2006-2007.

Les multiples campagnes de sensibilisation et de persuasion menées durant la fin de la deuxième décennie et au début de la troisième décennie de la pandémie du sida, la plus dévastatrice de l'histoire de l'humanité, n'ont pas abouti au changement de comportement sexuel escompté. Les dernières estimations de l'ONUSIDA (2006) sur la pandémie ne présentent aucun signe de stabilité ni de régression et propulsent la jeunesse c'est –à-dire les adolescents au premier rang de vulnérabilité.

Au jour d'aujourd'hui en Afrique, l'attirance vers le sexe opposé est devenue un phénomène difficile à expliquer. En ce sens qu'elle se fait déjà à des âges où l'on ne s'attend pas ou moins. Les lois ancestrales sur le sexe et l'acte sexuel sont bafouées, la morale religieuse y afférente peu respectée, et la famille ne réussit plus à instaurer les lois taboues sur la sexualité. La sexualité est de plus en plus devenue vulgaire et il est à noter que les adolescents connaissent leur premier acte sexuel curieusement pendant la période de latence. La précocité sexuelle est davantage observée à des âges où la maturité sexuelle, la puberté ne sont que pas encore en branche. La conduite sexuelle des adolescents camerounais semble confirmer cette mutation des attitudes vis-à-vis de la sexualité. Au Cameroun, plus de 12% des adolescentes ont leur premier rapport avant la puberté (Noumbissie, 2004) ; 14,72% des adolescentes de 14 à 18 ans ont des grossesses précoces, les jeunes de plus en plus se prostituent le long des rues et d'autres se livrent au vagabondage sexuel ; ils ont en fait des relations sexuelles non protégées fréquemment et avec plusieurs partenaires et résistent à l'adoption des conduites préventives à savoir : abstinence-fidélité-usage régulier du condom (Noumbissie, 2004).

Dans le monde, une personne est infectée du VIH/Sida toutes les 6 secondes. Environ 33 millions de personnes vivent avec le VIH/Sida, 8500 personnes meurent chaque jour du sida soit une personne toutes les 16 secondes. Le sida a trouvé en Afrique un terrain « fertile ». En dépit des nombreuses campagnes de sensibilisation et de persuasion menées en terres africaines les taux de prévalence restent toujours très élevés. Les chiffres du Sida

en Afrique démontrent eux-mêmes de la profondeur du désastre causé par ce virus. Selon les estimations de l'ONUSIDA, le sida a tué plus de 20 millions d'africains. Les taux de prévalence atteignent parfois les 36%. Ce qui est aussi alarmant dans l'évolution du Sida en Afrique, c'est la vitesse à laquelle celle-ci s'est propagée. L'Afrique australe est la région la plus touchée par l'épidémie avec dans quatre pays des taux supérieurs à 30% : Botswana, Lesotho, Swaziland, Zimbabwe et des pourcentages d'adulte atteint du virus de plus de 10% dans plus d'une dizaine de pays. Pour l'Afrique occidentale, huit pays connaissant un taux de plus de 5 % dont le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Nigeria et la Centrafrique. Malgré ces taux élevés de prévalence du sida il y a un fait important qui complique la compréhension de l'adoption des comportements sexuels à risque lié à la pandémie du sida chez les individus. Ce fait n'est pas le manque de connaissance sur la pandémie mais l'inconsistance entre les intentions et les comportements observés.

La théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) est un modèle de prédiction et de compréhension des comportements humains. Elle est basée sur le postulat que les individus sont généralement rationnels et qu'ils utilisent l'information qui les entoure pour prendre des décisions. Selon cette dernière, l'individu évalue les conséquences de l'adoption éventuelle d'un comportement avant de décider s'il passe ou non à l'action.

La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) est sans aucun doute, une extension de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975). Elle postule que le comportement à prédire doit être volitif, autrement dit, placé sous le contrôle de la personne qui doit prendre la décision d'adopter ou non le comportement. En effet, quelques années plus tard, Ajzen en arriva au constat que plusieurs comportements humains n'étaient pas entièrement sous le contrôle de la personne. Il décida donc d'ajouter une nouvelle variable au modèle théorique de l'action raisonnée : la perception de contrôle sur le comportement. Cet ajout permettait, selon lui, de se rapprocher davantage de la réalité et de permettre de prédire avec plus de précision les comportements qui ne sont pas adoptés de façon totalement volontaire.

Il ressort des travaux de Ajzen (1975, 1980, 1991, 2001, 2002, 2005) que la réalisation d'un comportement par une personne est fonction de son intention (désir, volonté, souhait, détermination, etc.) de le réaliser. Cet auteur a initié une nouvelle grille de lecture, d'analyse, d'explication du comportement. Cependant, il fait omission non seulement de la permanence du fonctionnement psychologique, mais aussi de la complexité et de la flexibilité du comportement humain qui, sur le plan théorique, pose depuis Watson (1913) de sérieux problèmes de prédictibilité, de contrôle, de manipulation et de prévention. La théorie du comportement planifié s'inscrivait en droite ligne du modèle binaire, il serait intéressant de savoir si l'intention garderait la même force (suprématie) dans une situation d'interaction. Sous un angle psychosocial, l'interaction entre les sujets (partenaires) au détriment de l'intention serait aussi déterminante dans la réalisation du comportement. Le comportement ne serait plus redevable à l'intention mais plutôt à l'interaction. Il serait également important de mentionner que plusieurs facteurs influencent le comportement et que même après la production d'un comportement, il est parfois difficile de dire avec objectivité le facteur qui a provoqué ou déclenché le dit comportement.

Le comportement sexuel qui constitue le point focal de cette recherche revêt une complexité et une flexibilité préoccupantes. Il est parfois difficile, chez les acteurs, de dire avec objectivité et sincérité l'élément principal qui a provoqué ou déclenché leur comportement (l'acte sexuel). Nous voulons bien lui appliquer la théorie du comportement planifié, dans le but de voir, s'il est possible, de prévoir un tel comportement et ensuite voir si la théorie d'Ajzen peut s'appliquer à d'autres types de comportements humains. Si ce

théoricien a accordé une priorité à la raison, la volonté, la croyance et le contrôle perçu dans la production du comportement, il est difficile de nos jours, de comprendre la résistance au changement de comportement sexuel chez les individus qui, sur le plan cognitif, sont convaincus de l'existence du VIH/Sida, des désastres de cette pandémie, de ses méfaits sur les plans humain, social et économique, et qui jusqu'ici continuent de contracter la maladie.

Nous voulons, à partir de ce constat, remettre en évidence le problème de contrôle et de prédiction du comportement. L'objectif est de montrer que les travaux faits en psychologie sociale dans ce sillage sont très importants pour l'explication et la compréhension du comportement, mais qu'au niveau de la prédiction, ils se heurtent au caractère humain qui est toujours complexe et controversé. Cette situation fait de l'étude du comportement un phénomène ancien et nouveau. Ancien, sur le plan historique et nouveau parce que les résultats auxquels les chercheurs aboutissent, suscitent toujours des problèmes nouveaux qui les remettent en cause.

La théorie du comportement planifié a connu et connaît encore un succès éclatant dans l'étude d'un certain nombre de comportements. Elle peut ne pas avoir la même fortune si elle est appliquée à un autre type de comportement ou à certains individus. C'est ainsi que nous pensons que les problèmes de prédiction, de contrôle et de prévention du comportement ne sont pas encore définitivement résolus. Il serait parfois plus facile de comprendre un comportement après sa réalisation que de prétendre le prédire ou le contrôler.

Nous n'avons pas la prétention de montrer que le comportement humain ne peut être sujet d'études sérieuses et scientifiques. Nous voudrions montrer qu'en matière de prédiction du comportement humain, il faut être suffisamment prudent. Puisque le comportement humain peut être influencé par une grande variété de stimuli qu'il est parfois difficile d'identifier, d'isoler, de contrôler. C'est pourquoi il est très difficile d'élaborer une « ligne éditoriale » du comportement comme Watson (1913) a bien voulu le faire, et qu'Ajzen et Fishbein ont aussi bien voulu suivre. Toutefois, il serait important de préciser à la suite de Bernard (1987) qu'à aucun moment dans le développement du corps scientifique, une théorie ne peut être considérée comme parfaite et totalement aboutie. Elle deviendrait alors une doctrine, ce qui est aux antipodes de la pensée scientifique.

La théorie du comportement planifié d'Ajzen a omis un élément important qui se situerait entre l'intention d'agir et l'action : **la variable intermédiaire**. Cette variable intermédiaire, dans certains cas, absorberait l'intention d'agir avant d'imposer la suprématie au comportement. En d'autres termes, la variable intermédiaire -accessoire devient la variable principale dans la transformation de l'intention en acte. C'est en nous situant dans la problématique de la mise en acte de l'intention que nous avons libellé notre thèse : « **Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Etude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé** ».

La théorie du comportement planifié d'Ajzen a pour objectif de comprendre le lien attitude-comportement. Ajzen part du constat historique d'un faible lien entre les mesures d'attitude et les comportements effectifs, dans la mesure où les gens semblent ne pas agir de manière conforme à leurs attitudes. Pour ce théoricien, trois raisons pourraient justifier ce faible lien attitude-comportement :

- les gens sont « irrationnels » ;
- la notion d'attitude n'a pas d'utilité ;
- les mesures classiques sont inappropriées.



Il va de soi que la difficulté de prédire les comportements d'une personne sur la base de ses attitudes est grande. Les chercheurs ont donc tenté de définir un certain nombre de conditions rendant cette mise en relation possible. Parmi les recherches réalisées sur cette question, celles d'Ajzen et Fishbein (1975) se rapprochent davantage de notre problématique, c'est-à-dire celle de la prise en compte du rôle d'autres variables dans la mise en acte de l'action.

Ajzen et Fishbein qui avaient donné à l'intention la paternité du comportement, ont compris avec le temps que l'intention, dans certains cas, subirait des pressions qui pourraient lui dérober cette paternité. Ils se sont dès lors intéressés à l'asymétrie intention – action et ont à cet effet, commis de nombreuses publications. A la suite de Ajzen et Fishbein (1975), de nombreux chercheurs, à l'instar de Conner et Armitage (1998) ; Gagné et Godin (2000) ; Godin et Kok (1996) ont également exploré la relation intention – action. Bien d'autres, à l'instar de Boer et Mashamba (2005) ; Dilorio (1997) ; Ajzen, Brown et Carvajal (2004) ; Basen-Engquist et Parcel (1992) ; Boldero, Moore et Rosenthal (1992) ; Boldero, Sanitasio et Brain (1999) ont exploré cette relation dans le but de comprendre le comportement sexuel des individus face au VIH/Sida et dans le cadre de la prévention par l'usage du préservatif. Lorsque nous parcourons avec beaucoup de minutie leurs travaux, nous nous rendons compte d'une manière ou d'une autre dans la majorité des cas qu'ils ont accordé une attention particulière aux déterminants des intentions comportementales, à l'application de la théorie de Fishbein et Ajzen à un phénomène ; aux renforcements des qualités / capacités prédictives de l'intention.

Notre réflexion se différencie de leurs approches parce qu'elle traite d'une situation où non seulement l'individu n'est pas isolé, mais aussi peut être influencé au moment de l'action par des variables qui imposent leurs orientations à l'action malgré l'orientation prédéfinie par l'intention. Notre approche met en relief les insuffisances du contrôle de l'intention sur l'action tout en reconnaissant que l'intention a un effet incontestable sur le comportement (l'action). Nous accordons une place non négligeable à l'interaction, dans la mesure où l'acte sexuel qui nous intéresse est un acte psychosocial, d'où le fait que les variables les plus décisives pour comprendre le comportement adopté par les partenaires soient l'interaction, la qualité de la négociation, les pressions psychosociales, les traits de personnalité, etc., puisqu'elles peuvent également déclencher l'acte sexuel. De même, nous interrogeons les différentes composantes des attitudes et montrons que le comportement est déterminé par la dynamique fonctionnelle entre les registres cognitif et affectif qui régulent leur fonctionnement dans la mesure où, l'intention qui nous intéresse est le résultat d'une élaboration cognitive et l'acte sexuel est le résultat d'une élaboration affective (émotionnelle, sentimentale). Nous abordons la théorie du comportement planifié dans l'optique d'étudier les changements et les résistances au changement de comportement. Telle est la principale source de notre préoccupation scientifique. Nous voudrions bien apporter une nouvelle approche de l'intention et de l'action et apporter à cet effet un souffle nouveau à la théorie du comportement planifié dans l'espoir de la rendre plus rigoureuse, plus efficace et plus compétitive.

Notre étude étant de type descriptif et corrélationnel (type mixte), il serait important dans ses deux grandes parties (théorique et méthodologique) que nous procédions à l'exploration, la description et l'analyse des facteurs liés à la résistance à l'usage du préservatif face au VIH/Sida et à la mise en évidence de l'effet et du rôle des variables intermédiaires sur l'altération du fonctionnement psychologique et leurs répercussions sur les attitudes, les intentions, les comportements sexuels et la résistance au port du préservatif.

Dans le cadre théorique, nous aurons trois chapitres (problématique, cadre conceptuel et fondement théorique de l'étude) dans lesquels nous allons poser clairement notre problème, sa pertinence et son intérêt ; définir, opérationnaliser et dégager les considérations générales sur les principaux concepts de notre étude. Nous allons ensuite explorer la théorie du changement de comportement, principale grille de lecture théorique de notre étude en rapport avec la théorie du comportement planifié.

Les aspects méthodologiques et d'analyse des résultats auront également trois chapitres (approches méthodologiques et opératoires ; résultats ; analyse, interprétation et discussion), dans lesquels nous allons rappeler notre question de recherche, exposer nos hypothèses de recherche et l'hypothèse générale, présenter la population d'enquête, les techniques d'échantillonnage, l'instrument d'investigation, les outils de traitement des données, le déroulement du pré-test et l'enquête proprement dite. Et, ensuite, nous allons présenter les résultats obtenus, les analyser, les interpréter et ouvrir les débats théoriques (scientifiques) qu'ils suscitent en termes de discussion, tout en restant fidèle aux exigences scientifiques requises.

***« L'homme n'est rien en lui-même. Il n'est qu'une chance infinie. Mais il est le responsable infini de cette chance ». A. Camus***

# **Première partie : Problématique, cadre conceptuel et fondement théorique de l'étude.**

Cette partie est consacrée à la conceptualisation des notions principales de notre étude. En effet, après avoir défini l'interdépendance entre les notions, nous allons montrer comment on peut bien appréhender cette interdépendance par l'exploration de la théorie du changement de comportement, principale grille de lecture du phénomène étudié. La partie théorique est le plus souvent constituée de l'historique théorique (la revue de la littérature), la structuration et la problématisation du modèle innové ou corrigé, nous n'allons pas faillir à cette règle. Tout d'abord posons notre regard scientifique sur la problématique de l'étude.

## **Chapitre 1 : Problématique générale**

### **1.1- Contexte de l'étude**

---

Depuis plus de deux décennies, le VIH/Sida s'est introduit en Afrique en particulier et dans le monde en général. Après cette irruption, les organisations, les communautés, les gouvernements, les scientifiques se sont mobilisés à travers de multiples campagnes de sensibilisation, de persuasion, de lutte, de prévention. Mais les dernières estimations du taux de prévalence au VIH du programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA, 2005) dans le monde ne présentent aucun signe de stabilité ni de régression.

Au Cameroun, la promotion des condoms passe par toute une série de circuits d'information pour toucher les populations et surtout les publics clés (professionnelles du sexe, adolescents, jeunes, camionneurs, routiers, nomades, militaires, mineurs, fonctionnaires...) avec des messages qui correspondent à leurs intérêts et à leurs besoins. Aujourd'hui dans les villes et campagnes du Cameroun, la promotion des condoms (masculins et féminins) se fait à la radio et à la télévision y compris dans le cadre d'émissions d'actualité, de feuilleton populaire, de comédies et de théâtre. Des campagnes de promotion se servent aussi des journaux, d'affiches, de brochures. D'autres modes de diffusion sont les chansons, des concours de musiques, des vidéos, des « carnivals de condoms ». Des campagnes de publicité dans les médias mettent l'accent sur les avantages que l'emploi du condom apporte sur le plan émotionnel, psychologique, social et sanitaire. Cette multitude de campagnes de promotion et de sensibilisation a favorisé l'augmentation des connaissances des populations sur la maladie. Les résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé menée au Cameroun (EDSC-III, 2004) ne nous démentiront pas.

D'après cette source, la quasi-totalité des femmes soit 98 % et des hommes soit 99% au Cameroun ont déjà entendu parler du Sida et de ses modes de prévention. Comparées

aux données recueillies au cours de l'EDSC-II en 1998, nous constatons que les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent l'existence du VIH /Sida ont augmenté, passant chez les femmes de 79% à 98% et chez les hommes de 88% à 99 %. En outre, ce niveau de connaissance, il faut le préciser, d'après la même source est homogène car quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques « *plus de neuf enquêtés sur dix ont déclaré avoir entendu parler du VIH/Sida* » (EDSC-III, 2004, p.261). Il est généralement admis que le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et par conséquent son comportement vis-à-vis de cette maladie. D'après l'EDSC-III (2004, p. 263) plus de 69% de femmes et une proportion plus élevée d'hommes, soit 82% ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH /Sida en utilisant des condoms. La connaissance par la population des moyens de prévention devrait être un avantage indispensable pour freiner l'épanouissement de la pandémie du Sida et susciter chez les populations prévention et dépistage.

D'après l'EDSC-III (2004, p. 272), plus des trois-quarts des femmes (76%) et une proportion encore plus élevée d'hommes (83%) n'ont jamais effectué de test de dépistage de VIH / Sida. Seulement une femme sur dix (10%) a effectué un test et a eu connaissance des résultats ; chez les hommes, cette proportion est un peu plus élevée (14%). Si on se limite aux 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête, seulement 5% de femmes et 7% des hommes ont effectué un test et ont reçu les résultats. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, nous constatons que c'est parmi les jeunes que la population de ceux qui ont déjà effectué un test de VIH/Sida et reçu les résultats est la plus faible (5% chez les femmes et 3% chez les hommes). En milieu rural, 4% des femmes et 8% des hommes ont eu connaissance de leur statut. Ces proportions sont de loin inférieures à celles des autres villes (10% de femmes et 14 % d'hommes) dans la ville de Yaoundé, contre 22 % de femmes et 24 % d'hommes dans la ville de Douala.

D'après la même source, environ 40,5 % de femmes et 54,7% d'hommes déclarent utiliser le préservatif. Plus d'un quart des femmes (29 %) ont des rapports sexuels à risque. Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée, puisqu'elle atteint 62%. D'une manière générale, les hommes ont eu plus fréquemment que les femmes des rapports sexuels à risques (62 % contre 29 %). En outre, plus d'un homme sur deux pendant la même enquête, a déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risque et, comme chez les femmes, ce sont ceux qui ont eu le plus de rapports sexuels à risque qui ont le plus fréquemment utilisé un condom.

Les jeunes de 15 à 24 ans constituent, au Cameroun, une population à risque dans la mesure où ils entretiennent au quotidien des rapports sexuels, pratiquent le multi-partenariat sexuel, le vagabondage, la prostitution (déguisée ou ouverte). Les résultats de l'EDSC-III montrent que chez les femmes de 15 à 24 ans un tiers avait eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans (35%). Parmi les hommes de 15 à 24 ans, environ un quart (23 %) ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans. Parmi les proportions de jeunes (femmes et hommes) de 15 à 24 ans, qui ont déjà eu les rapports sexuels, seulement 18% des femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (27%). Ces résultats montrent que la sexualité a pris une ampleur significative au Cameroun, malgré la présence du Sida qui ne tolère pas la moindre négligence. Nous constatons également que les populations n'intègrent pas le port du condom dans leurs habitudes sexuelles. Le taux d'utilisation systématique et à long terme du préservatif est encore plus faible. Les enquêtes démographiques et de santé révèlent que l'utilisation auto déclarée du préservatif est plus élevée parmi les jeunes célibataires que parmi ceux qui sont mariés, plus élevée aussi parmi

les hommes que parmi les femmes, et plus forte dans le cadre des rapports occasionnels que dans celui de relations avec un partenaire régulier.

Au Cameroun, l'infection à VIH constitue un véritable problème de santé publique. Elle représente une cause importante de mortalité avec un impact négatif sur le développement économique et social du pays. Selon le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS, 2001), 600 personnes s'infectent chaque jour, soit 25 personnes par heure. Les résultats de l'EDSC-III (2004) montrent également que 5% des personnes de 15 à 49 ans sont infectées par le VIH/Sida au Cameroun. Ce taux ne saurait néanmoins nous réjouir au vu de la dégradation, de la banalisation et de la vulgarisation du sexe et de la sexualité que nous constatons ces dernières années au Cameroun. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida s'élève à 553.000. Ces statistiques sont celles du comité national de lutte contre le Sida, du ministère de la santé publique. Nous constatons également que la prévalence du VIH augmente au Cameroun par région d'après l'EDSC-III (2004). La prévalence du VIH est par exemple très élevée au Nord-Ouest (8,7%) et à l'Est (8,6%). La comparaison entre les deux grandes villes du pays montre qu'à Yaoundé, site de notre étude, la prévalence du VIH est presque deux fois plus élevée qu'à Douala (8,3% contre 4,5%).

Face à ces tendances, des campagnes d'informations et de prévention ont été faites pour sensibiliser la population sur ce fléau, et par là freiner l'épanouissement de la pandémie. Ainsi, des programmes d'information, d'éducation et de communication ont été mis en place, dirigés et coordonnés par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), les Synergies africaines contre le Sida et les souffrances, de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG). Cependant, l'histoire a montré que les épidémies et les pandémies sont toujours considérées avec scepticisme par l'opinion publique (les populations) et le VIH/Sida ne déroge pas à cette règle.

L'analyse psychosociale du comportement sexuel des adolescents de Yaoundé face à la pandémie du Sida montre qu'en dépit de nombreuses campagnes de sensibilisation et de persuasion portant sur les méfaits de la pandémie, leurs comportements sexuels n'évoluent pas dans le sens souhaité à savoir : abstinence, fidélité, condom. Il nous a été difficile de rester insensible à ce fléau qui mine, ruine et détériore les populations. C'est en nous intéressant à la problématique du Sida que nous avons constaté une véritable résistance des adolescents de Yaoundé à l'usage du préservatif face au VIH/Sida.

## 1.2- Objet de l'étude

---

La présente étude porte sur le changement et la résistance au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida et plus précisément sur la résistance à l'usage du préservatif chez des personnes ayant par ailleurs élaboré des intentions d'action favorables à l'action porter un préservatif. L'étude du comportement et de la conduite, s'il faut encore le rappeler, est au cœur de la psychologie ce qui faisait déjà dire à Köhler (1929) que le comportement, c'est-à-dire la réaction de systèmes vivants aux facteurs du milieu, est le seul domaine qui puisse être étudié par la psychologie scientifique. En psychologie sociale également, l'étude du comportement anime les débats. Legens (1979) stipulait que la psychologie sociale traitait de la dépendance et de l'interdépendance des conduites humaines.

Le comportement sexuel est déterminé par des facteurs internes et externes, intégrés au cours du développement et de l'actualisation, l'édification, la structuration, la consolidation et la production des comportements par le système nerveux central. Notre étude met l'emphase sur la compréhension du processus de changement de comportement

sexuel, la connaissance des raisons pour lesquelles les adolescents en général et ceux de Yaoundé en particulier résistent à l'usage du préservatif face au VIH/Sida en dépit de leurs bonnes intentions.

La résistance est une notion polysémique qui se rapporte au contexte auquel elle est relative. Il convient de considérer la résistance à l'usage du préservatif face au VIH/Sida comme un ensemble de comportements manifestes à la fois offensifs et défensifs s'opposant à l'usage du préservatif. Le Sida pose non seulement un problème de santé physique et mentale voire psychologique mais aussi et surtout un problème de comportement sexuel qui se déroule dans un contexte de pressions sociales, de communication interpersonnelle, de relations humaines et d'influences affectives, cognitives, etc. En réalité l'intégration du préservatif dans les pratiques sexuelles des adolescents implique des changements dans leurs habitudes sexuelles. Ces changements automatiquement doivent générer des résistances. Pour que les adolescents acceptent un changement de comportement sexuel comme l'usage régulier du préservatif pendant les rapports sexuels avec le moins de résistance possible, il faut que ce comportement perturbe le moins possible l'équilibre de ces derniers. Dans le cas contraire, il en résulte des manifestations de résistance. Or, le préservatif a, sur le plan psychologique, engendré des perceptions, représentations, motivations, attitudes qui peuvent conduire l'individu à l'adoption ou tout simplement à la résistance. Les résistances au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida se doivent d'être perçues comme des réactions légitimes, puisqu'elles sont un phénomène normal à l'égard du changement.

Il est habituel, en effet, de penser que le problème de la prévention des maladies liées à la sexualité trouve sa solution dans le domaine strictement médical, mais il nous semble difficile de l'aborder sans les dimensions symboliques, psychologiques, sociologiques, ou plus généralement anthropologiques qui la régulent.

Il s'agit d'un ensemble de considérations qui excèdent la dimension purement biologique et médicale de ces maladies. S'agissant de la transmission du VIH/Sida, nous pensons que celle-ci ne peut s'aborder que sur une clarification et une compréhension des mécanismes micro et macro sociologiques, anthropologiques, psychologiques, qui banalisent les échanges symboliques autour du sexe et des rapports humains dans les sociétés africaines, puisqu'ils influencent la formation des attitudes relatives à la prévention face au Sida.

La mise au point des stratégies de promotion de la santé peut également être facilitée par la compréhension de la manière dont les individus procèdent lorsqu'ils prennent des décisions concernant leur santé. C'est donc dans ce sillage que l'on peut avoir recours à la psychologie sociale et à ses modèles théoriques. Ces modèles nous permettent d'expliquer les comportements humains et peuvent être utilisés pour évaluer la probabilité d'apparition d'un comportement tel que la résistance à l'usage du préservatif dans un contexte où le Sida maladie très complexe, grave et mortelle fait des ravages. Dans un contexte également où de nombreuses campagnes de sensibilisation et de persuasion ont effectivement permis aux personnes de reconnaître les risques liés à cette pandémie, les modes de prévention, ses méfaits sur le plan humain et social et elles ont pour se protéger du sida élaboré des intentions favorables au port du préservatif pour celles qui préfèrent l'usage du préservatif à d'autres modes de prévention.

Mais que personne ne s'attende, à la fin de ce modeste travail, à une solution miraculeuse au problème du Sida mais plutôt à une tentative d'explication de la résistance des personnes qui, bien que suffisamment informées sur la pandémie et ayant des attitudes, des normes subjectives, un contrôle comportemental perçu sur l'action porter un préservatif,

des intentions d'action favorables à la prévention par l'usage du préservatif, ne parviennent pas à utiliser un préservatif pendant les rapports sexuels.

### 1.3– Les positions théoriques sur le problème de l'étude

---

Nombreux sont les individus qui, au cours d'une démarche personnelle plus ou moins structurée, ont adopté un certain comportement pour ensuite l'abandonner au bout d'un laps de temps (une semaine ou un mois). L'irrégularité observée dans l'usage du préservatif en est une véritable illustration. Pour être réussi, le changement de comportement doit être maintenu. Ceci nécessite une certaine harmonie corporelle, mentale, psychologique, sociale et interpersonnelle. Le comportement sexuel que nous étudions ne se déroule pas entre des objets ou des machines, mais entre des personnes dont le fonctionnement psychologique est permanent, dynamique, évolutif. Pendant les rapports sexuels, le fonctionnement psychologique et les relations interpersonnelles ne sont pas altérés. En d'autres termes, d'autres variables peuvent intervenir pendant les rapports sexuels et donner une nouvelle orientation à l'action. C'est ainsi qu'il devient difficile de poser la question de la récurrence, la permanence, le maintien et la consolidation du comportement.

Plusieurs modèles théoriques en psychologie sociale tentent d'expliquer les mécanismes et les processus psychologiques qui conduisent au changement ou à la résistance au changement, parmi ces modèles nous porterons notre attention sur ceux qui s'inscrivent dans la problématique de la prévention par le changement de comportement. Nous présenterons d'une part les différents postulats théoriques et d'autre part le lien avec notre étude tout en insistant sur leurs spécificités et leurs limites pour parvenir au montage du modèle que nous trouverons et jugerons nécessaire pour prévenir les comportements humains et surtout ceux qui sont liés à la santé.

Le modèle des « stades du changement » développé par Prochaska et Di Clemente (1982, 1992) suggère que la modification d'un comportement relatif à la santé s'opère à travers cinq stades distincts : la pré réflexion, la réflexion, la préparation, l'action et la consolidation. Ce modèle considère que si différents facteurs ont une influence sur le passage d'un stade à un autre, les individus devraient mieux réagir aux interventions adaptées aux spécificités du stade auquel ils se trouvent. Ce modèle repose sur l'hypothèse selon laquelle le changement est cyclique et continu, et non pas définitif. Les individus sont susceptibles de rechuter et de revenir à un stade antérieur, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il leur faille repartir de zéro. Les sujets sont donc décrits en termes de progression à travers une série de stades comportementaux, parallèlement à d'autres aspects, comme la confiance en soi face au changement ou à l'invariance.

Prochaska et DiClemente présentent les différentes étapes qui interviennent dans l'élaboration, la manifestation et le maintien d'un comportement, mais ils n'expliquent pas objectivement les causes de la chute ou de la rechute des individus. Ce modèle ne peut pas apporter une explication exacte à l'usage du condom face au VIH/Sida même si les informations qu'il propose peuvent être prises en compte pour comprendre l'irrégularité observée dans l'usage du préservatif chez les adolescents. Ils omettent l'influence des variables occasionnelles, contextuelles, corporelles, psychosociales et environnementales qui animent actuellement les débats en psychologie sociale.

La psychologie sociale oscille depuis longtemps entre deux approches du changement :

D'une part, le changement est posé en termes d'adaptation, de réduction des résistances et des conflits, dans le contexte d'un système en évolution qu'il s'agit de

préserver et d'améliorer, par l'organisation et la planification du changement (Lewin, 1975).

D'autre part, le changement est considéré comme rupture, remise en cause d'un système, à qui il est opposé un autre. Les travaux initiés par Moscovici (1979) sur les minorités actives en sont une véritable illustration. Dans son approche, le changement est l'aboutissement éventuel de l'influence des minorités actives.

Paicheler et Moscovici (1984) ont attribué la complaisance à la majorité et la peur d'être identifié à la minorité comme les raisons pour lesquelles l'individu dans le groupe refuse de cautionner l'innovation minoritaire et par conséquent lui résiste. Nous constatons que la problématique du changement de comportement et de l'invariance comportementale reste un sujet d'actualité en psychologie. Différentes théories ont à cet effet été développées par les psychologues sociaux pour expliquer ce phénomène et identifier les facteurs principaux qui le déterminent. Dans le domaine de la santé et surtout celui de la prévention, la résistance à l'adoption des mobiles et modes de prévention est encore plus préoccupante et occupe les plumes des chercheurs.

Doyen des modèles théoriques, le *Health Belief Model* ou modèle des croyances relatives à la santé, est le seul à avoir été élaboré dans et pour le domaine de la santé. Les autres modèles proviennent de la psychologie sociale. Le modèle des croyances relatives à la santé a été mis au point par Rosenstock en 1974. Il repose sur le fait que chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie du fait qu'il possède des connaissances minimales en ce qui concerne sa santé, et ceci dans la mesure où il considère la santé comme une dimension essentielle de sa vie. En santé publique, nous assistons très souvent à des sessions de formation sur le changement de comportement et dans ce cadre, nous ne saurions compter les séminaires ateliers sur le VIH/Sida. Il est important de fournir des informations au cours des phases initiales des interventions en matière de changement de comportement et de renforcer cette connaissance sur une base régulière comme c'est le cas aujourd'hui au Cameroun.

Mais il ne faut pas perdre de vue que l'information à elle seule ne suffit pas toujours pour motiver les gens à changer de comportement. Une approche de programme de changement intégral de comportement doit prendre en compte les capacités nécessaires pour la vie ; il s'agit par exemple de prise de décision, de gestion des émotions, de l'affirmation de soi, de résistance aux pressions du groupe. Ce programme de changement de comportement doit aller au-delà de la simple fourniture d'informations. Il doit développer tous les aspects de la personne humaine de manière qu'elle dispose des capacités lui permettant d'explorer toutes sortes d'informations, qu'elles se rapportent au VIH/Sida ou à toutes autres questions de santé. Ainsi, les facteurs sur lesquels peut agir l'acteur de prévention sont la perception du risque et celle du rapport coût/bénéfice du comportement relatif à ce risque. Préalablement à toute action, les notions de vulnérabilité et des conséquences liées à la prise de risque doivent être perçues par le public auquel on destine une intervention de prévention.

Il s'agit alors de rendre perceptibles les bénéfices susceptibles d'être obtenus par la modification du comportement, d'identifier la nature du changement devant être obtenu, d'avoir la capacité de mener à bien ce changement, et enfin de croire à l'efficacité de l'action entreprise. Les nombreuses et multiples campagnes de persuasions, sensibilisation, de dépistage et de prévention sur le VIH/Sida ont permis aux individus de s'imprégner des méthodes de lutte, de l'urgence de la prévention par l'usage du préservatif ou par l'adoption des autres modes de prévention comme l'abstinence et la fidélité. Cependant, le constat que nous faisons est que les personnes continuent toujours de contracter la maladie. Ce qui signifie que la croyance en l'existence du Sida en elle seule ne suffit pas pour susciter chez



les personnes l'adoption des comportements sexuels préventifs. Il existe donc un clivage entre croyance et comportement, et également entre cognition et pratique.

La théorie sociale cognitive développée par Bandura (1977) met en avant d'autres facteurs. Pour lui, il est indispensable de croire en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat souhaité et en la capacité personnelle à adapter ce comportement. Cette théorie fait appel à un aspect moins rationnel du comportement humain : la confiance en soi. Bandura (1977) s'intéresse à l'interaction entre les comportements reliés à la santé. Il les considère comme le résultat d'apprentissage à partir des propositions et des actions de l'environnement de l'individu. La démarche qui sous-tend l'action de prévention vise donc à apprendre un nouveau comportement, à faire adhérer la personne à ce nouveau comportement, la convaincre de la validité et de l'objectivité. Malheureusement, les personnes contaminées ces dernières années par le VIH/Sida sont parfois bien informées sur les conséquences néfastes et dangereuses du VIH dans l'organisme. Elles sont également convaincues de la nécessité de se protéger et ont généralement des attitudes favorables pour la protection et la prévention.

Fishbein et Ajzen en se basant sur les difficultés relatives à la production et à la prévention unirent leur force afin d'imaginer une méthode visant à prédire les comportements humains. Pour ce faire, ils assumèrent que les humains étaient habituellement rationnels et logiques, et qu'ils utilisaient de façon systématique l'information disponible. Selon le raisonnement des deux chercheurs, les gens considèrent les conséquences de leurs actes avant de décider s'ils adoptent ou non un certain comportement (Ajzen et Fishbein, 1980, cités par Mc Cormack Brown, 1999). Ils en sont venus à développer une théorie qui, selon eux, pouvait prédire et permettre de comprendre les comportements et les attitudes. Cette théorie, qu'ils nommèrent la théorie de l'action raisonnée, suggère que les choix comportementaux en matière de santé sont des choix pensés et raisonnés, et que la raison et la volonté sont les moteurs du comportement. L'intention d'adopter tel ou tel comportement est donc le facteur décisif. Ce modèle prend en compte le rôle de l'entourage et de la pression sociale dans l'adoption des comportements. Il faut également noter que dans l'élaboration de l'intention se mêlent facteurs cognitifs (évaluation des avantages et des inconvénients des comportements envisageables), affectifs (plaisir et déplaisir) sociaux mais aussi moraux. Une démarche de prévention basée sur un tel modèle consiste donc à permettre au sujet une analyse de son comportement et de ses arguments qui le poussent à adopter un nouveau comportement. La résistance à l'usage du préservatif face au VIH/Sida n'est pas un comportement irrationnel, dans la mesure où le port du préservatif est un acte rationnel puisqu'il est négocié, pensé, intériorisé dans la structure mentale et est cognitivement admis comme mode par excellence de prévention. Cependant, son usage souffre de rationalité. Le drame est que les personnes qui continuent de contracter la maladie sont parfois préparées à l'utiliser pendant l'acte sexuel. Mais, le constat que nous pouvons faire est que le port du préservatif bien que raisonné se heurte à des variables intermédiaires à l'axe praxéologique. Pour pallier à cette limite, Triandis a apporté un peu plus d'éclaircissement théorique.

La théorie de l'action raisonnée a été reprise par Triandis en 1977. Il note que de nombreux comportements se manifestent sans pour autant découler d'une volonté consciente. Triandis intègre à ce modèle la force de l'habitude pour élaborer la théorie des comportements interpersonnels. Ce modèle introduit la notion des conditions extérieures à l'individu facilitant ou compliquant l'adoption du comportement souhaité. Cependant, il est étonnant de constater que la force de l'habitude, la volonté et la raison ne suffisent pas pour prédire le comportement encore moins le comportement sexuel. Car, même les personnes

qui ont pris l'habitude d'utiliser le préservatif finissent toujours par ne pas l'utiliser. Cette situation a orienté le regard des chercheurs vers la notion d'intention.

Fishbein et Ajzen (1975) définissent l'intention comme une composante conative intermédiaire entre l'attitude et le comportement. L'intention représente le désir, le souhait, la détermination ou la volonté à émettre un comportement. Elle permet, d'après Fishbein et Ajzen, de prédire le comportement. Plus elle est forte, plus la probabilité d'induire un comportement effectif est grande. Selon Triandis (1977), l'intention représente les instructions que se donne un individu à lui-même vis-à-vis d'un comportement. Taylor et Todd (1995) affirment que les intentions sont les meilleurs déterminants directs de l'adoption d'une innovation ou d'une technologie. Cette approche du comportement retient notre esprit scientifique. Cependant, le constat que nous faisons est que ces auteurs n'expliquent pas clairement le clivage entre la force de l'intentionnalité et le comportement escompté.

Les théories expliquant l'intention de comportement sont la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. La théorie de l'action raisonnée, comme nous l'avons vu plus haut, prédit l'intention à partir des attitudes et des normes subjectives. L'attitude, dans ce sillage, est déterminée par les croyances des individus quant aux conséquences du comportement et leurs évaluations de ces conséquences. Quant aux normes subjectives, elles sont déterminées par les croyances normatives et la motivation à s'y soumettre (Fishbein, 1980 ; Brinberg et Curmings, 1984).

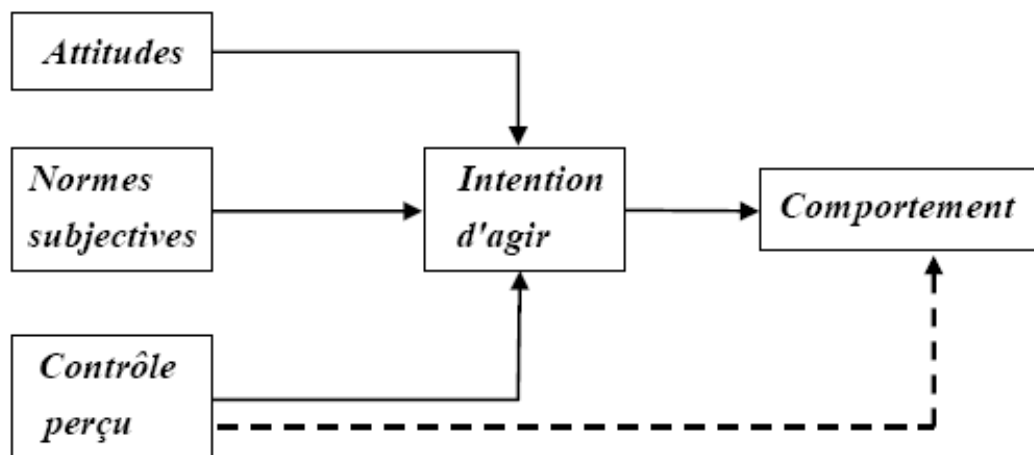
Après avoir découvert quelques imperfections dans la structure de la théorie de l'action raisonnée, Ajzen l'a modifiée en y ajoutant un troisième élément : le contrôle comportemental perçu. Le contrôle perçu renvoie à la croyance de la personne quant à l'aisance ou la difficulté de réaliser le comportement. La théorie du comportement planifié, non seulement apporte un enrichissement à la théorie de l'action raisonnée, mais aussi tient en compte l'ensemble des ressources qui conditionnent la réalisation du comportement. Le contrôle perçu traduit, d'une part, l'appréciation des éléments qui facilitent ou rendent difficile l'accomplissement du comportement. Ces éléments dans le cadre d'une organisation peuvent être d'ordre monétaire, éthique ou spatio-temporel.

Dans le cas du port du préservatif face au VIH/Sida, ces éléments peuvent être des variables corporelles qui régulent l'excitation sexuelle et instaurent l'équilibre par la satisfaction ou l'assouvissement de la tension suscitée, et, également des variables psychosociales notamment la perception du partenaire, la qualité de la relation, les critères et les manières de négocier un préservatif à travers le discours des partenaires, les circonstances de l'action, les pressions entre les partenaires sexuels, le but de l'action et bien d'autres variables intermédiaires qui, dans le cadre d'un comportement sexuel, sont très fréquentes, permanentes, influentes et déterminantes dans la production du comportement souhaité.

Le contrôle perçu, bien que visant à contrebalancer les situations dans lesquelles les gens possèdent peu de contrôle ou croient posséder peu de contrôle sur leurs comportements et leurs attitudes (Mc Cormack Brown, 1999) traduit aussi l'évaluation des éléments qui facilitent ou rendent difficile l'accomplissement du comportement. Ceci peut être également valable pour comprendre et expliquer les comportements déviants des adolescents qui, bien qu'exerçant un contrôle perçu sur leurs comportements sexuels, résistent à l'usage du préservatif et contractent le VIH/Sida. Cependant, il faut le préciser, cette évaluation s'effectue par rapport aux capacités et aux ressources disponibles au sujet. Dans le cadre du comportement sexuel qui se déroule entre deux sujets, le contrôle perçu peut être différent et la pression exercée par l'autre sujet n'ayant pas un contrôle

perçu efficace, peut entraîner les deux sujets à l'adoption des comportements sexuels non préventifs comme la résistance à l'usage du préservatif.

L'idée principale qui découle de la théorie du comportement planifié se résume ainsi : Les individus ne seront pas susceptibles de développer une forte intention d'agir et de se comporter d'une certaine façon s'ils croient ne pas avoir les ressources nécessaires ou les opportunités pour y arriver, et ce, même s'ils possèdent des attitudes favorables envers le comportement en question et s'ils estiment que les membres de leur entourage approuveraient le comportement (normes subjectives). La figure ci-dessous illustre clairement la quintessence et le contenu de ce modèle.



**Figure 1** : Modèle de la théorie du comportement planifié d'Ajzen.

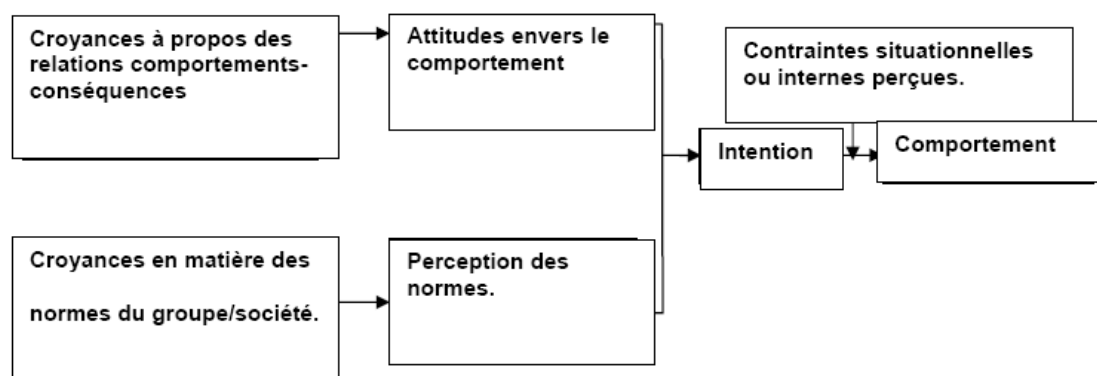
Source : Godin et Kok (1996). Dans son modèle des intentions comportementales,

Ajzen (1991) donne à penser que le comportement est d'autant plus prévisible (et compréhensible) que lorsque nous examinons les intentions spécifiques, manifestées par une personne, de se comporter d'une certaine manière – au lieu de nous contenter d'étudier les attitudes de cette personne vis-à-vis d'un comportement donné. A la lecture de la figure ci-dessus, il en ressort que les intentions dépendent à la fois des attitudes et des normes en matière de comportement. Les normes sont des règles de comportement – ou des façons de faire tenues pour correctes – qu'un groupe ou une société ont admises et considèrent comme appropriées. Par conséquent, les normes constituent des « pressions sociales » qui poussent l'individu à adopter ou à refuser un certain comportement.

Nous constatons également que si les attitudes, de même que les normes, sont affectées d'un signe positif en ce qui concerne un certain comportement, l'intention de se comporter de la manière correspondante sera vigoureuse. Si les attitudes et les normes sont en contradiction, le rapport de leurs forces respectives déterminera les intentions de l'individu et le comportement qui en découlera. Ce modèle a participé à la tentative de prédiction du comportement à partir de l'intention d'agir du sujet. Mais, il considère que de l'intention d'agir à l'action se produit un « vide psychologique » chez les individus. Il ne reconnaît pas que le fonctionnement psychologique est continu et permanent. Et qu'entre l'intention d'agir et l'action peuvent intervenir plusieurs variables dont l'influence sur le fonctionnement psychologique peut détourner l'intention d'agir de l'action. Le modèle des intentions comportementales paraît expliquer pourquoi la relation entre les attitudes et les

comportements peut parfois être forte et parfois faible. Ce modèle ne met pas en relief les mobiles psychologiques qui peuvent consolider les attitudes et les rendre fortes pour toujours servir de déterminants immédiats de comportement : d'où sa flexibilité et sa fragilité.

Récemment, le modèle des intentions comportementales a fait l'objet d'une révision : on y a inclus une autre explication possible et importante du comportement social – il s'agit des contraintes ou des obstacles, réels ou supposés, tant extérieurs qu'intérieurs, capables d'empêcher une personne de se comporter comme elle en avait l'intention. Par exemple, un individu pouvait fort bien avoir l'intention véritable d'accomplir un travail avec rapidité et efficacité, mais en être empêché par un défaut de compétence en la matière. De plus, l'idée que se fait une personne quant à son manque de compétence ou la façon dont elle perçoit la chose pourrait l'empêcher d'accomplir le travail. La figure ci-dessous résume ce modèle et permet d'en avoir une idée plus large.



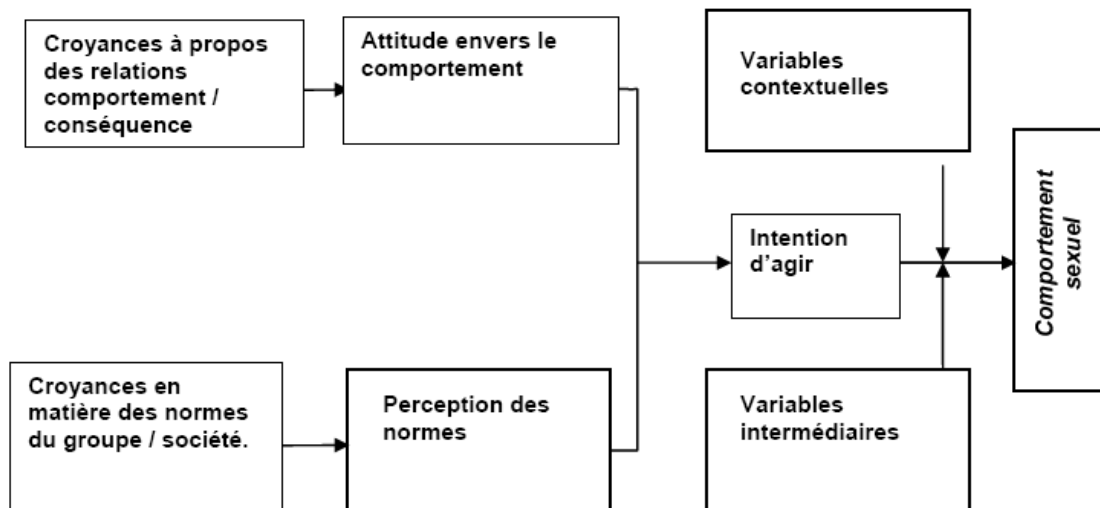
**Figure 2 : Modèle révisé des intentions comportementales**

**Source** : Adapté de l'ouvrage de Ajzen I. et Fishbein M., *Understanding Attitudes and predicting social behaviour*; Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1990: 8.

Ce modèle retient également notre regard scientifique dans la mesure où il met en évidence la quasi-totalité des facteurs susceptibles de provoquer un comportement. Il va de la formation des attitudes à la prédiction du comportement et de la prédiction du comportement à sa production effective. Cependant, le constat que nous faisons est qu'il peut être très efficace dans la prédiction des comportements relatifs à l'évaluation des performances, des aptitudes, des connaissances, de certains processus psychologiques, de la réalisation de la tâche dans les organisations et dans la manifestation des comportements dont la production ne fait l'objet d'attentes temporelles et des comportements simples. Ce modèle ne peut pas être percutant quand il faudra prédire par exemple un comportement aussi complexe comme le port du préservatif face aux VIH/Sida.

Ce comportement est parfois imprévisible, occasionnel, instantané, immédiat. Le port du préservatif face au VIH/Sida est un comportement qui met en évidence tous les aspects fondamentaux et les éléments principaux des attitudes : affectif, cognitif, conatif, comportemental. Ce modèle comme le précédent ne tient pas compte du fonctionnement psychologique qui se produit pendant la manifestation du comportement. Dans le cadre du comportement sexuel, les contraintes que postule ce modèle peuvent bien être exploitées dans la mesure où le comportement sexuel est influencé par des contraintes situationnelles qui ne doivent pas être entendues dans l'optique envisagée dans ce modèle, mais dans le sillage d'un ensemble de variables psychologiques internes et externes, qui suscitent des pressions pendant les relations sexuelles.

Il ne faut pas perdre de vue que le port du préservatif, bien qu'intentionnel, peut encore être soumis par exemple à une négociation pendant les relations sexuelles et les pressions affectives du moment, peuvent faire table rase à nos attitudes préconstruites ou à nos bonnes intentions. Nous reconnaissons le mérite qu'a ce modèle d'apporter des éclaircissements dans la compréhension de la relation attitude/comportement. Toutefois, nous reconnaissons ses limites dans la prédiction de certains comportements, notamment le port du préservatif face au VIH/Sida. Nous adoptons ce modèle qui est le point focal de notre problématique théorique et empirique en le modifiant. Aux contraintes situationnelles, nous donnons un adjectif un peu plus psychologique à connotations contextuelles, et nous y ajoutons les pressions affectives que suscite le comportement sexuel et la dimension cognitive suscitée par la négociation du préservatif. Nous embrassons sans pour autant adopter les postulats théoriques des contextualistes qui attribuent la paternité du comportement au contexte, à l'influence des variables immédiates. La figure ci-dessous est une véritable illustration de notre modèle théorique de la production du comportement sexuel à la lumière de la théorie du comportement planifié révisée.



**Figure 3:** Modèle adapté et « corrigé » des intentions comportementales.

**Source** : source personnelle.

Les attitudes sont des modèles de sentiments, de croyances et de tendances comportementales suscités par des personnes, des groupes, des idées ou des objets précis. Les attitudes se composent d'éléments affectifs, cognitifs et comportementaux. Ce modèle tient compte de toutes les composantes des attitudes, et stipule qu'il ne se produit pas un « vide psychologique » entre l'intention d'agir et l'action. Le modèle du comportement planifié d'Ajzen prend l'individu comme insensible aux variables intermédiaires qui interviendraient entre l'intention d'agir et l'action, et qui affecteraient le fonctionnement psychologique déjà élaboré. Le constat que nous faisons et que certains théoriciens ont pu faire également, est que les variables intermédiaires influencent la dynamique fonctionnelle entre les registres affectif, cognitif et conatif, et peuvent détourner l'intention d'agir de l'action.

Dans le cadre d'un comportement sexuel, l'influence de ces variables est encore plus importante. Nous reconnaissons d'abord que le comportement sexuel comme le port du préservatif est relationnel (se produit entre les partenaires), cognitif (pensé et se négocie), affectif (suscite émotion, plaisir et sentiments), et volutif (émane de la volonté) ; tous

ces facteurs exercent des influences remarquables sur le fonctionnement psychologique et sont à considérer comme les déterminants immédiats du comportement. Nous reconnaissons que le comportement (sexuel) a deux principaux types de déterminants : les déterminants lointains (les attitudes, les intentions) et les déterminants immédiats (variables contextuelles, psycho-affectives, psychocognitives, psychosociales, etc.).

Nous reconnaissons effectivement que la relation qui existe entre les attitudes et le comportement n'est pas toujours bien nette. Elle peut s'éclaircir si nous obtenons une certaine connaissance des intentions manifestées par une personne quant à la conduite qu'elle se propose d'adopter en matière d'attitudes et de normes. Cette conception est plus manifeste et efficace dans les organisations professionnelles. La série d'attitudes qu'un individu manifeste vis-à-vis de son travail, la satisfaction professionnelle peuvent consolider l'attitude et lui accorder une certaine importance qui pourra garantir la production comportementale. Dans le cas du comportement sexuel, ce modèle est extrêmement limité.

Notre modèle met en évidence l'insuffisance de l'intention d'agir dans la production comportementale en postulant que d'autres variables d'action telles que les variables contextuelles, psycho-affectives, cognitives et psychosociales exercent une influence importante sur le fonctionnement psychologique pour la réalisation du comportement. Dans le cadre de la réalisation des comportements intentionnels, il existe entre l'intention d'agir et l'action des variables intermédiaires telles que : l'affectivité, la cognition, la relation sociale, la perception du risque, l'environnement ou le contexte de l'action, la communication, la négociation, l'équilibre psycho-affectif, etc. Ces variables interviennent selon les situations et influencent le fonctionnement psychologique des individus. Ce phénomène nous amène à penser que le comportement n'est ni prédictible ni prévisible, qu'il est instantané, spontané, occasionnel. D'après notre modèle, il pourrait exister une scission entre l'intention d'agir et l'action.

Nous pensons que la résistance au port du préservatif face au VIH/Sida chez des personnes ayant des intentions favorables au port est due à la scission psychologique intervenue entre l'intention d'agir et l'action et également peut être attribuée à l'influence des variables intermédiaires qui ont imposé une nouvelle dynamique fonctionnelle aux mécanismes psychologiques et que cette nouvelle dynamique fonctionnelle ne tiendrait plus compte de l'existence du Sida et de ses méfaits. C'est dans ce sillage que nous comptons peaufiner les recherches explicatives, théoriques et méthodologiques de la psychologie sociale dans la production comportementale, le changement de comportement et la résistance au changement.

## **1.4- Problématique théorique de l'étude**

---

Les relations complexes entre attitudes, normes subjectives, contrôle comportemental perçu, intention dans le domaine de la santé et notamment dans le domaine du sida et de la prévention ont fait l'objet de nombreuses recherches en psychologie sociale. Un bon nombre de chercheurs ont fondé leur problématique sur la théorie de l'action planifiée d'Ajzen pour étudier la question du changement et de la résistance au changement face au VIH/Sida, et plus précisément sur l'usage du préservatif. Notre thèse s'inscrit dans ce champ théorique et d'application. Elle pose le problème de la résistance au changement de comportement chez des personnes qui ont préalablement élaboré des intentions allant dans le sens du changement par l'adoption des comportements prescrits dans le cadre de la prévention. Elle fait le constat d'une inconsistance théorique entre l'intention et l'action. En effet, selon le modèle proposé par Ajzen et convoqué dans de nombreux travaux en psychologie sociale,

de l'intention d'agir à l'action n'intervient aucune autre variable. Il est prouvé que l'intention est l'élément décisif et central dans la production de l'action.

Nous jugeons insuffisant le contrôle de l'intention sur l'action et nous proposons une problématisation psychosociale centrée sur la relation entre l'intention et l'action en nous donnant pour centre d'intérêt de considérer le rôle que peuvent y jouer des « variables intermédiaires » liées aux dynamiques relationnelles et sociales qui caractérisent les comportements psychosociaux. Le contrôle que l'intention exercerait sur l'action serait dans certains cas limité et cette étude se propose d'expliquer les motifs de cette limite. De la synthèse des travaux de Ajzen sur l'action planifiée, il est clair que l'intention est la variable décisive, déterminante, précise de l'action. Ajzen laisse penser que l'intention est largement suffisante pour prédire l'action. Nous pensons que dans certains cas, l'intention s'avérerait insuffisante pour déterminer l'action dont elle chargée.

Cette thèse permet de comprendre que cet écart non pas entre les connaissances, les croyances et la prévention, mais entre l'intention et l'action est dû à l'influence exercée par des variables intermédiaires que nous nous proposons d'identifier dans un premier temps et dans un second temps voir si leur influence sur l'intention est significative. En d'autres termes, voir si ce sont ces variables intermédiaires qui détourneraient l'intention de l'action. Si cette influence est significative, du point de vue théorique nous allons participer à l'aménagement de la théorie de Ajzen sur l'action planifiée d'une part et d'autre part, nous allons amener les chercheurs qui ont convoqué cette théorie dans leurs recherches sur le changement de comportement sexuel face au VIH/Sida à comprendre pourquoi en appliquant la théorie de Ajzen au changement de comportement par l'usage du préservatif, ils observaient un écart entre l'intention et l'action. Cette thèse permettra désormais de mieux comprendre, expliquer les écarts relevés entre les intentionnalités et les comportements produits.

Plusieurs questions émergent de ce débat théorique et s'énoncent sous six aspects centraux:

- Que se passe-t-il entre l'intention d'agir et l'action?
- Suffit-il d'avoir une intention pour produire le comportement souhaité, prédit?
- Pourquoi certaines intentionnalités ne conduisent-elles pas à l'action intentionnelle, souhaitée?
- Des variables interviennent-elles entre l'intention d'agir et l'action ?
- Leur intervention est-elle significative ?

Existe-t-il entre l'intention d'agir et l'action des variables intermédiaires ?

## 1.5- Question de recherche et hypothèse générale de l'étude

---

Suite à la problématique qui précède, nous formulons notre question de recherche comme suit: *Existe-t-il entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé, à la réalisation (manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel » ?*

Nous formulons en guise de réponse anticipée à notre question de recherche, l'hypothèse générale suivante: *Il existe entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel » .*

## **1.6– Objectifs et but de l'étude**

---

Cette partie est consacrée à la présentation des objectifs et du but de notre étude. Nous allons dans un premier temps présenter les objectifs et dans un second temps le but.

### **1.6.1- Objectifs de l'étude**

Nous allons dans cette partie présenter l'objectif principal et les objectifs spécifiques.

#### **1.6.1.1- Objectif principal**

Cette étude a pour objectif principal de montrer que l'intention présente des limites notamment dans le domaine de la prévention et de la prédiction de l'action. Nous pensons que l'action ne se produit pas d'une manière mécanique comme Ajzen laisse penser dans son modèle. En d'autres termes la relation entre l'intention et l'action n'est pas automatique (évidente). C'est la raison pour laquelle, nous orientons les débats scientifiques vers les variables intermédiaires qui à notre avis permettraient de comprendre ces limites. Pour atteindre cet objectif plusieurs pistes de recherche doivent impérativement être explorées et plusieurs débats scientifiques sur les intentions, à savoir leur origine, leur structure, leur organisation doivent être ouverts et doivent susciter des objectifs spécifiques ouverts et variés.

#### **1.6.1.2- Objectifs spécifiques**

Nous avons aussi pour objectif d'apporter à la communauté scientifique une base de données théoriques, solides en matière de changement de comportement.

Notre participation consistera à mettre en évidence tous les facteurs susceptibles de déclencher chez les personnes l'adoption et la production des comportements sexuels à risques.

Nous voulons également montrer qu'entre l'intention d'agir et l'action, s'effectue un travail psychologique très fondamental pour la réalisation du comportement. Car, la force de l'intention est insuffisante pour conduire l'individu à l'action escomptée.

Nous avons entre autres objectifs de reposer le problème scientifique de la dynamique fonctionnelle entre les registres cognitif et affectif dans une approche psychosociale.

Bien que le concept de résistance semble connu et familier en psychologie sociale, un autre objectif de notre recherche est de le revisiter, par une analyse des facteurs psychologiques qui favorisent et consolident la résistance au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida.

Nous avons également pour objectif de montrer le rôle des variables intermédiaires dans la mise en acte de l'intention, en insistant sur les influences qu'elles exercent sur l'intention.

Nous avons aussi pour objectif de participer à la déconstruction des images mentales fausses ou négatives portant sur le Sida, non par le mimétisme communicationnel, mais par l'éveil cognitif et la restructuration des processus psychologiques qui conduisent les individus à la résistance au changement. Aussi, le renforcement des actions d'information, de communication et de prévention pourrait émouvoir et séduire la conscience humaine et sauvegarder l'intégration de la conscience dans l'élaboration des schèmes cognitifs et mentaux relatifs aux comportements sexuels face au VIH/Sida.



### 1.6.2- But de l'étude

Notre but est d'offrir à la communauté internationale et scientifique une banque de données susceptibles de les situer sur l'un des problèmes exacts du Sida. Notre étude constitue ainsi une base de données pour les recherches ultérieures sur les changements de comportements et plus précisément sur la résistance au changement des comportements sexuels face au VIH/Sida.

Nous pensons que l'influence du Sida sur l'activité sexuelle des individus depuis plus de deux décennies est ambiguë. C'est dans cette optique que le rôle du psychologue a un double versant : tout d'abord, un versant « curatif » qui consiste à identifier les variables psychologiques favorisant la résistance et à les éradiquer, ensuite, un versant « préventif » qui consiste à susciter l'attention de la communauté internationale et scientifique sur la catastrophe sexuelle dans laquelle se plongera l'humanité si jamais on découvrait le vaccin et/ou le remède du Sida, sans au préalable préparer les populations à une activité sexuelle saine et responsable. Imaginons un tant soit peu, la jeunesse actuelle dans un monde sans Sida sur le plan sexuel. Avant de parvenir à l'ère sans Sida, à l'ère avec vaccin et remède du Sida, il est nécessaire de faire une autre sensibilisation pour pouvoir contrôler l'activité sexuelle des individus, les canaliser de manière à éviter à la longue l'obsession sexuelle, la précarité sexuelle, les grossesses multiples et précoces, les avortements multiples et d'autres maladies et troubles de comportements sexuels. C'est dans cette veine de préoccupations scientifiques que nous situons le but de notre recherche.

Nous avons constaté également que la procédure utilisée depuis belle lurette dans la lutte contre le VIH/Sida est l'union de deux approches (approche rhétorique et approche technologique) du changement de comportement couramment utilisées en psychologie sociale. Cette union est l'incarnation d'une manière ou d'une autre des travaux d'Ajzen et Fishbein sur les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié. Nous pensons qu'en mettant en évidence les limites de cette théorie, nous participerons également à la mise en évidence des limites des stratégies de lutte contre le VIH/Sida, et de ce fait, nous participerons à la stabilisation ou à l'éradication effective de la pandémie du Sida.

## 1.7– Intérêts et pertinence de l'étude

---

Notre étude permettra de comprendre pourquoi des personnes préparées à une action ne la réalisent toujours pas. Elle met également en évidence l'insuffisance de l'influence des croyances sur la préparation psychologique des individus face au VIH/Sida.

Un précédent travail, mené au Mali, a montré que la majorité des personnes qui sont convaincues de l'existence du VIH/Sida ont connu dans leur entourage proche (famille, amis, voisins...), une personne malade ou décédée du Sida (Castle, 2003). Des preuves, des données, des explications pourrait-on dire, sont donc nécessaires pour que l'information soit acceptée et utilisée. Notre étude veut montrer que la croyance à elle seule ne suffit pas pour garantir l'adoption des méthodes préventives chez les individus. Car, même après avoir vu des individus mourir du Sida, certaines personnes ont toujours des rapports sexuels non protégés et à risques, avec des partenaires multiples. C'est par exemple le cas des médecins infectés dont les patients souffrent et meurent du Sida au quotidien.

Au plan théorique, nous nous proposons de lire l'incidence de l'inertie cognitive sur la résistance au changement. Nous remettons en évidence un problème pertinent en psychologie : celui de la dynamique fonctionnelle entre le registre affectif et le registre

cognitif. Nous allons également peaufiner, corriger et améliorer le modèle de comportement planifié d'Ajzen.

Au plan social, cette recherche pourrait permettre aux éducateurs et à leurs pairs, aux parents et à tous ceux qui participent directement ou indirectement à la lutte contre le Sida, ainsi qu'aux organismes et comités de lutte contre cette pandémie de comprendre et de mieux cerner les facteurs psychologiques qui peuvent susciter la résistance au changement de comportement face au VIH/Sida. Elle est aussi une réponse de la psychologie à la problématique suscitée par le VIH/Sida, dans la mesure où elle pourrait favoriser la redéfinition de la politique de sensibilisation et de persuasion des populations. Notre recherche est importante, car elle accorde à la dimension psychosociale une certaine originalité dans la préparation mentale des personnes face au VIH/Sida.

Notre recherche touche une sphère de réflexion qui, jusqu'ici, n'a pas été minutieusement explorée en psychologie, encore moins en psychologie sociale. Elle pose la question du VIH/Sida sous l'angle du comportement sexuel et celle de la sexualité dans le domaine de la psychologie sociale de la santé. Elle s'intéresse à une notion complexe qui constitue une énigme dans les recherches en sciences sociales : les attitudes. Elle permettra de comprendre que les croyances revêtent une dimension épistémologique extrêmement importante dans le sillage de la psychologie. Elle se base sur le fait qu'il est non seulement important d'amener les gens à croire en l'existence du Sida, mais qu'il importe aussi d'intégrer la gestion des variables intermédiaires entre intention et comportement dans la préparation psychologique pour favoriser la planification et la consolidation des comportements sexuels préventifs.

Conscients du fait qu'il n'y a encore ni remède, ni vaccin, les chercheurs et les hommes de science reconnaissent unanimement que l'une des stratégies idéales de la prévention au VIH/Sida est la promotion d'un comportement sexuel responsable comportant moins de risques et donc susceptible de sauvegarder l'espèce humaine contre cette catastrophe, la préserver des souffrances engendrées et garantir sa continuité. C'est dans cette perspective scientifique que nous situons la quintessence et l'essence de notre étude. Il ne faudra pas perdre de vue que notre étude s'intéresse à une population dont le statut social et économique l'expose au « trafic » sexuel et à la délinquance sexuelle. Les adolescents constituent une population fragile du point de vue psychologique, les variables intermédiaires auxquelles nous faisons allusion dans notre étude peuvent avoir des effets très néfastes sur leur fonctionnement psychologique et par conséquent sur leurs comportements sexuels. Le Sida, comme nous le constatons, pose un problème de comportement qui est la préoccupation centrale du psychologue. C'est dans cette optique que le regard scientifique du psychologue est indispensable pour éradiquer cette pandémie.

## **1.8– Limites et type d'étude**

---

Nous délimiterons notre étude au triple plan chronologique, géographique et thématique.

Au plan chronologique, cette étude porte sur la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents qui, selon l'OMS, sont des personnes se situant dans la tranche d'âge allant de 15 à 24 ans. Nous avons choisi cette tranche parce qu'elle s'avère, selon l'OMS et l'ONUSIDA, celle la plus touchée par les infections sexuellement transmissibles et le VIH/Sida. Son statut social, économique et psychologique l'expose à la prise de risques et aux perversions sexuelles qui favorisent et sauvegardent l'épanouissement du Sida. Nous connaissons également que l'adolescence est caractérisée par le désir de découverte, le désir de risques, le désir d'expériences sexuelles, le surréveil corporel, la recherche de

sensation forte, le désir de plaisir sexuel, le besoin de satisfaction, qui se transforment par une pratique sexuelle excessive et parfois désordonnée, véritable vecteur pour la transmission du VIH/Sida.

Au plan géographique, cette étude se mène dans la province du Centre du Cameroun, et précisément dans la capitale politique de ce pays, à savoir Yaoundé. L'Étude Démographique et de Santé de 2004 révèle que la capitale du Cameroun est l'une des régions les plus touchées par la pandémie du Sida, avec un taux de prévalence de 8,3%. Nous avons limité notre recherche dans l'espace géographique de Yaoundé parce que Yaoundé est également une ville cosmopolite. Une recherche menée dans cette ville faciliterait l'accès à la diversité ethnique du Cameroun. Cette qualité pourrait alléger considérablement les difficultés de généralisation de nos conclusions à l'ensemble du pays.

Au plan thématique, nous menons une étude de psychologie sociale en rapport avec la santé. Les études récentes dans cette sphère scientifique ont le plus porté sur la prise en charge psychosociale, la sensibilisation, la communication, la représentation sociale du Sida, du préservatif, du séropositif ; les rapports entre la consommation de la drogue et la transmission du Sida ; l'intégration sociale des personnes séropositives ou sidéennes ; les attitudes et intentions des individus vis-à-vis du préservatif. Notre étude va au-delà de ces préoccupations scientifiques pour poser le problème de la causalité réciproque entre attitude et comportement. De même, la théorie du changement de comportement en psychologie sociale et précisément dans le domaine de la santé ne pose pas le problème de l'intervention des variables intermédiaires entre la préparation au changement et la production du comportement escompté.

Nous constatons aussi que les études sur le changement et la résistance au changement sont le plus souvent orientées dans les entreprises et les organisations, et ne s'intéressent pas au changement de comportement dans les groupes sociaux. Nous nous proposons de poser la question du changement et de la résistance au changement chez les adolescents en reconnaissant leurs différences sur les plans sociologiques, anthropologiques, psychologiques et culturelles, et en les soumettant à une caractéristique homogène relative à la pratique des rapports sexuels à risques.

Nous posons la question de la résistance en tenant compte de sa complexité et de sa fragilité. Certains auteurs se sont intéressés à ses causes, à ses sources et à ses conséquences, aux mobiles qui favoriseraient la production des comportements à risque ; d'autres se sont intéressés à l'écart entre les connaissances des méthodes de prévention dont le préservatif et les comportements sexuels des adolescents, en contradiction avec leur connaissance. Nous situons notre étude dans une approche purement et simplement explicative. Nous allons expliquer les raisons qui peuvent conduire les personnes à la résistance à l'adoption des méthodes préventives, bien que convaincues de l'existence de la maladie et préparées à la prévention parce qu'elles ont élaboré une intention favorable à la protection par le port du préservatif.

Nombre de facteurs interviennent dans la production de la résistance au changement de comportement face au VIH/Sida, et sans vouloir prétendre à l'exhaustivité, nous avons, dans le cadre de notre étude, retenu ceux les plus saillants qui, selon nous, agissent directement sur la résistance à l'usage du préservatif. Ce sont ces facteurs que nous avons opérationnalisés pour avoir les variables intermédiaires.

La théorie du changement de comportement que nous allons étudier s'inspirera du schéma classique qui va de la communication à la résistance au changement, en passant par la dissonance cognitive, l'auto-perception, l'auto-efficacité, l'image de soi, l'attitude,

l'intentionnalité et l'action, en tenant également compte des modalités de l'influence sociale telles que la conformité et l'innovation. Notre travail n'est pas une étude sur la sexualité pour ce qu'elle est en elle-même, non plus une étude sur les causes profondes de la précocité sexuelle, du multiparténariat sexuel, du non usage du préservatif, de la prise de risques sexuels chez les adolescents. Mais, sur le rôle des variables intermédiaires dans la mise en acte de l'intention. Elle ne tiendra compte que des variables susceptibles de modifier le fonctionnement psychologique des adolescents pendant la matérialisation de leurs bonnes intentions de porter un préservatif.

Notre étude est de type mixte dans la mesure où nous utilisons deux approches complémentaires reconnues dans la recherche en sciences humaines, à savoir l'approche déductive et l'approche inductive. Notre étude se situe dans la veine de l'approche déductive tout simplement parce que nous fondons notre investigation sur des hypothèses parfois issues des théories (les théories de l'action raisonnée et de l'action planifiée) permettant d'asseoir un raisonnement particulier dont la confirmation ou l'infirmité est obtenue après une manipulation. Elle a également un souci de décrire, de rechercher et d'analyser diverses variables dans le but de faire apparaître des implications régulières ou non, des cycles, des constantes et, éventuellement, de nouvelles règles pouvant enrichir les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié. Elle est donc de type descriptif et corrélationnel.

## **1.9- Définitions des concepts clés de l'étude**

---

Cette partie est consacrée exclusivement à la définition des concepts clés de l'étude. Pour définir un concept, nous tiendrons compte de nos objectifs et des différentes mutations synonymiques qu'il a connues avant de préciser le sens ou la signification que nous retiendrons dans le cadre notre étude.

### **1.9.1- Définition de l'attitude**

Dans le langage courant, le terme attitude est utilisé pour désigner une manière de se tenir, une position du corps et, au sens figuré, une conduite que l'on tient dans certaines circonstances. Il prend son origine dans le mot latin « aptitudo » qui veut dire en français « aptitude ». Il y a donc une analogie avec la notion d'aptitude : celle de la disposition à agir ou manière d'être dans une situation.

Les dictionnaires de la langue française (dictionnaire encyclopédique Quillet, 1962) ; (Encyclopédia universalis, 1990), (dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, 1980) définissent successivement ce terme comme étant une « conduite que l'on tient dans certaines circonstances » (Quillet, 1962, p.392), une « disposition relativement persistante à réagir d'une certaine façon à l'égard d'un objet ou d'une situation donnée » (1990, p.408) ; une « disposition, un état d'esprit à l'égard de quelque chose » (1980).

En psychologie, Bloch *et al.* (1997, p.119) définissent l'attitude comme un « état de préparation dans lequel se trouve un individu qui va recevoir un stimulus ou donner une réponse et qui oriente de façon momentanée ou durable certaines réponses motrices ou perceptives, certaines activités intellectuelles ».

En psychologie sociale, le terme d'attitude est employé pour désigner « un état mental prédisposant à agir d'une certaine manière, lorsque la situation implique la présence réelle ou symbolique de l'objet d'attitude » (Thomas, Alaphilippe, 1993, p.5). L'attitude désigne aussi « une prédisposition à agir dans un certain sens » (Mathieu et Thomas, 1995, p.393).

Déjà en 1935, Allport proposa la définition suivante : « Une attitude représente un état mental et neuropsychologique de préparation à répondre, organisé à la suite de l'expérience et qui exerce une influence directrice et dynamique sur la réponse de l'individu à tous les objets et à toutes les situations qui s'y rapportent. » (Allport, 1935, cité par Vallerand, 1994, p.331). En dehors du rôle de l'attitude sur la prédisposition à agir, certains auteurs définissent l'attitude comme la manière dont une personne se situe par rapport à un objet exerçant une influence sur le comportement.

Selon Bloch *et al.* (1997, p.119), l'attitude désigne « la disposition interne durable qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu à un objet ou à une classe d'objet du monde social ». Pour Stoetzel, « L'attitude consiste en une position (plus ou moins cristallisée) d'un agent (individuel ou collectif) envers un objet (personne, groupe, situation, valeur). Elle s'exprime plus ou moins ouvertement à travers divers symptômes ou indicateurs (parole, ton, geste, acte, choix ou en leur absence). Elle exerce une fonction à la fois cognitive, énergétique et régulatrice sous les conduites qu'elle sous-tend. » (Stoetzel cité par Maisonneuve, 1982, p.111). Il précise que les attitudes sont acquises et non pas innées, elles sont plus ou moins susceptibles de changement sous l'effet d'influences extérieures. Les attitudes sont définies selon Eagly et Chaiken (1993) comme des tendances à évaluer une entité avec un certain degré de faveur ou de défaveur, habituellement exprimées dans des réponses cognitives, affectives et comportementales. Une tendance relativement stable à répondre à quelqu'un ou à quelque chose de manière qui reflète une évaluation (positive ou négative) de cette personne ou chose. Les réponses comportementales font partie des manières par lesquelles l'individu peut exprimer son évaluation.

Au vu de ces différentes définitions, nous comprenons la complexité du concept d'attitude. Toutefois, la définition proposée par Moscovici semble mieux nous renseigner sur ce qui est convenu d'appeler l'attitude des personnes face au VIH/Sida. Moscovici (1960), cité par Ebalé Moneze (2001, p.4), propose une définition qui tient compte de deux grandes sphères de réflexion sur les attitudes. Il définit l'attitude comme « un schéma dynamique de l'activité psychique, schéma cohérent et sélectif, relativement autonome, résultant de l'interprétation et de la transformation des mobiles sociaux et de l'expérience de l'individu. » Ce schéma psychologique appelé attitude est fortement corrélé à une opinion ou à un jugement de valeur. L'attitude est donc une variable intermédiaire entre la situation et la réponse à cette situation. Elle permet d'expliquer que, parmi les comportements possibles d'un sujet soumis à un stimulus, celui-ci adopte tel comportement et non tel autre.

Une attitude est donc une prédisposition à réagir d'une façon systématiquement favorable ou défavorable face à certains aspects du monde qui nous entoure. Connaître par exemple l'attitude d'un individu envers les noirs, ou le syndicalisme, ou l'art moderne, c'est donc pouvoir prédire d'avance comment il va réagir à de dizaines de situations impliquant chacun de ces objets ou aspect de son environnement. C'est aussi dire que connaître l'attitude des adolescents envers le préservatif face au VIH/Sida, c'est pouvoir statuer sur son usage ou non pendant les rapports sexuels. Notons également que l'objet d'une attitude peut être n'importe quelle réalité à la condition qu'elle soit perçue par l'individu comme une entité distincte : une personne, un groupe, un organisme, un mouvement social ou religieux, etc.

L'attitude, il faut le dire, est toujours porteuse de sens sinon d'intention. Ce que nous pouvons retenir de ces multiples définitions est que l'attitude permet d'avoir une vue d'ensemble sur les comportements des individus face à des objets précis, des situations précises, des personnes précises et des phénomènes précis. L'attitude a un rôle de

variable intermédiaire entre l'environnement et les réponses d'une personne. C'est une variable interne non-observable : on parle de « construit » latent. Nous ne pouvons pas l'observer directement, nous l'inférons des réponses de la personne lorsqu'elle est confrontée physiquement ou symboliquement à l'objet.

Dans le cadre de notre étude, l'attitude désigne la disposition ou l'état d'esprit dans lequel se trouve un adolescent face au VIH/Sida et au port du préservatif ou encore l'état de préparation des adolescents face à leur comportement sexuel. En d'autres termes, elles renvoient aux perspectives de la sexualité des adolescents en rapport à la prévention face au VIH/Sida et à la résistance au changement.

### **1.9.2- Définition de comportement**

Du point de vue étymologique, comportement vient du latin « *portare* » qui signifie « porter » et « *cum* » qui signifie « avec ». Dans ce sillage, le comportement est considéré comme l'ensemble de « réactions d'un individu, considéré dans un milieu et dans une unité de temps donnés, à une excitation ou un ensemble de simulations » (Sillamy, 1996). Le comportement, qui dépend à la fois du sujet et de son environnement, et non pas de l'un ou de l'autre seulement, a toujours un sens et une fonction. Ainsi, il correspond à la recherche d'un état ou d'un objet susceptible de réduire les tensions et les besoins de l'organisme. Ce phénomène est beaucoup plus préoccupant et important lorsqu'on se situe dans l'étude du comportement sexuel qui est généré par des tensions psychologiques, des besoins organiques, relationnels, sociaux, culturels, affectifs (sentimentaux et émotionnels), moteurs, verbaux, etc.

Le comportement est donc une modification active globale, donc la fonction est l'adaptation. On peut l'envisager sous divers aspects : suivant son déroulement, suivant la prédominance du premier ou du second terme du rapport stimulus-réponse, ou suivant l'activité à laquelle il sert (Ray, 1964). Le comportement est également un phénomène unitaire, mais, en tant que fonction de l'organisme, il implique, comme toutes les autres fonctions, un appareil dont il dépend, une structure qui le caractérise, des mécanismes physiologiques qui y interviennent et des processus qui répriment son déroulement.

Les psychologues considèrent le comportement comme la matière première, le matériau à partir duquel ils construisent leur corpus de connaissance. C'était en fait pour se démarquer de la démarche réflexive des philosophes et dans le but de constituer la psychologie comme une discipline scientifique que les psychologues ont institué le comportement comme matière première de leur étude. Le comportement désigne également une manifestation objective observable de l'extérieur de l'activité globale des vivants.

Pour mieux clarifier le comportement sexuel, définissons tout d'abord le comportement. Pour Sillamy (1996), le comportement renvoie à la conduite d'un sujet considéré dans un milieu et dans une unité de temps donné. Dans ce cas, le comportement sexuel peut être défini comme une réaction à une excitation d'ordre sexuel, procurant du plaisir au sujet.

- Le comportement sexuel désordonné ou à risque élevé désigne un acte plaisant pour un sujet, dénué de tout esprit de responsabilité, posé sans aucun contrôle de sa part et le plus souvent proscrit par la norme sociale. Comme exemple de comportements sexuels désordonnés, nous pouvons citer : Les comportements sexuels non protégés ;
- Le multi partenariat sexuel ;
- Les rapports sexuels avec des partenaires qui consomment des drogues ;

- La précocité sexuelle ;
- La prostitution ;
- La partouse, etc.

Dans le cadre de notre étude, le comportement sexuel renvoie à l'usage ou au non usage du préservatif pendant les rapports sexuels (actes sexuels), à l'action porter un préservatif.

### 1.9.3- Qu'est-ce que le VIH/Sida ?

Le Sida, ou syndrome d'immunodéficience acquise, identifié en 1981, est la conséquence grave de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

La dénomination définitive du virus impliqué dans le Sida a été adoptée en 1986 : HIV (Human Immunodeficiency Virus) [dénomination française : VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)].

Le VIH est un virus à ARN qui appartient au sous-groupe des lentivirus. Deux génotypes sont actuellement connus : VIH<sub>1</sub>, le plus répandu actuellement (Europe, Amérique, Asie, Afrique), et VIH<sub>2</sub>, présent surtout en Afrique de l'Ouest.

Les VIH ont un tropisme particulier vis-à-vis des cellules exprimant à leur surface l'antigène CD<sub>4</sub> en rapport avec la très grande affinité que représente la glycoprotéine d'enveloppe gp120 vis-à-vis de la glycoprotéine CD<sub>4</sub>. On distingue 4 types de cellules répertoriées comme cible élective du virus : les lymphocytes CD<sub>4</sub>, les cellules folliculaires dendritiques, les monocytes-macrophages et les cellules de Langerhans cutanées.

Robert (1989) définit le Sida comme étant une maladie transmissible par voie sexuelle et sanguine, souvent mortelle, caractérisée par une chute brutale des défenses immunitaires de l'organisme. Le Sida désigne aussi « un syndrome de déficience auto-immunitaire causé par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), qui se répand par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel » (Lampthey, Wigley, Carr, et Collymore, 2002).

Le Sida est également le nom donné à un ensemble de symptômes (syndromes) consécutifs à la destruction des lymphocytes TCD<sub>4</sub><sup>+</sup>, cellules majeures du système immunitaire. La grande majorité de la communauté scientifique impute cette destruction au virus de l'immunodéficience humaine. L'utilisation du terme maladie est impropre et on doit parler plutôt de syndrome.

Dans le cadre de notre étude, bien qu'il nous soit difficile de nous passer de l'emploi de Sida comme maladie, nous pensons qu'il est plus judicieux de le considérer comme syndrome. D'autant plus qu'il s'agit d'un syndrome qui cause de multiples maladies. Mais ce n'est pas cette problématique qui nous intéresse. Nous voudrions montrer que s'agissant d'un syndrome très dangereux, il devrait être évident que sa simple présence suscite la protection. Mais de nos jours, malgré les multiples campagnes de prévention et de lutte contre cette maladie, les populations sensibilisées, conscientes et convaincues de l'existence effective de la pandémie ne se protègent toujours pas et continuent de contracter la maladie.

### 1.9.4- Définition du changement et du changement de comportement

De façon générale, le changement est défini par le fait de changer ou le passage d'un état à un autre, et il est synonyme de modification et de transformation (Dictionnaire universel Francophone en ligne, 2006, *e-test*). D'après le petit Robert (2005), le changement

désigne le fait de changer, c'est-à-dire remplacer quelqu'un ou quelque chose d'autre ; rendre différent, modifier ; faire passer d'un état à un autre, transformer. Le changement en psychologie désigne « l'instauration d'un nouvel équilibre qui implique la résolution d'un état de tension psychologique, de sentiments vécus, souvent confus où se mêlent une anxiété et une nostalgie vis-à-vis de l'ordre passé » (Bloch et al., 1997).

Le changement de comportement d'un individu est donc caractérisé par la modification d'une action et d'une façon de se comporter (Ajzen et Fishbein, 1980 ; cités par Mc Cormack, 1999). Lorsqu'on s'intéresse au changement de comportement d'un individu, on observe surtout la démarche avec laquelle celui-ci modifie ses actions, en regardant les étapes qu'il suit pour arriver à son but : soit de passer du comportement actuel non désiré au comportement souhaité.

### **1.9.5- Définition de la résistance et de la résistance au changement**

Littéralement, la résistance désigne « l'action de résister, de s'opposer à quelqu'un, à une autorité [...], propriété d'un corps de résister, de s'opposer aux effets d'un agent extérieur » (Merlet, Garnier, et Vinciguerra, 2006, p.926). C'est aussi le fait de ne pas céder sous l'action d'un choc, d'une force.

La définition de la résistance en psychologie a évolué avec le temps, il ne s'agit plus d'une force statique, unidimensionnelle et intrapsychique, mais d'un processus dynamique, interactif et multidimensionnel. Ce changement de perspective est illustré dans les réflexions contemporaines sur la motivation, l'inverse de la résistance.

En psychanalyse, la résistance désigne l'opposition à la reconnaissance de l'inconscient. En psychologie, elle désigne « la propriété d'un phénomène psychologique qui fait qu'il est difficile à modifier » (Bloch et al., 1997, p.1116).

Nous constatons que la résistance est une notion polysémique qui se rapporte au contexte auquel elle est relative. Ainsi, il convient de considérer la résistance au changement comme un ensemble d'attitudes manifestes ou latentes à la fois offensives et défensives s'opposant à toute procédure de changement initié au niveau d'un individu ou d'un groupe d'individus. Elle est une « barrière » psychologique secrétée d'une façon consciente ou inconsciente, volontaire ou involontaire, susceptible de bloquer partiellement ou totalement une innovation attitudinale entreprise.

Dans notre étude, nous considérons la résistance au changement comme un refus volontaire, une opposition, une fermeté à une action. Il s'agit également du non-usage du préservatif pendant les rapports sexuels. Cette action est considérée dans notre étude comme une résistance au changement, dans la mesure où les individus, depuis plus de deux décennies, sont sensibilisés au quotidien sur les dangers du rapport sexuel non protégé et refusent d'innover en utilisant le préservatif régulièrement ou de changer complètement en intégrant le préservatif dans leurs habitudes sexuelles.

### **1.9.6– Définition de l'intention**

Merlet, Garnier, et Vinciguerra (2006, p.588) définissent l'intention comme « *dessein délibéré d'accomplir tel ou tel acte ; volonté* ». Bloch et al. (1997, p.652) la définissent comme « représentations d'un but ; contenu d'une pensée, d'une croyance, d'un désir, etc. ». Plusieurs auteurs en voulant définir l'intention ont porté leur attention sur l'intentionnalité qui renvoie au « caractère d'une activité orientée vers un but » (Sillamy, 1980, p.618). L'intentionnalité prend généralement la signification d'orientation ou de visée, au sens dynamique d'activité orientée.



L'intentionnalité exprime une corrélation entre sujet et objet ; elle est une structure du comportement qui peut se manifester dans des actes spontanés pour les scholastiques comme le précise Grawitz (1983). L'intention est donc l'application de l'esprit à un objet de connaissance.

Dans le cadre de notre étude, l'intention renvoie au dessein, à la volonté, au souhait, à la détermination qu'a un individu d'avoir des rapports sexuels protégés ou non. Cette intention peut être déterminée par la relation que le sujet a établie avec l'objet (le préservatif), le sujet (le partenaire), l'action (le rapport sexuel).

### 1.9.7- Définition de l'action

Merlet, Garnier, et Vinciguerra (2006, p.58) présentent l'action comme « fait, faculté d'agir, de manipuler sa volonté en accomplissant quelque chose [...], ce que l'on fait, manifestation concrète de la volonté de quelqu'un, d'un groupe ». Elle est d'après Grawitz (1983, p.5) une « activité humaine composée d'une suite de comportements inspirés par des motivations et orientés vers des buts ». Elle peut être le fait d'un individu, d'un groupe ou exprimer la totalité d'un système social. L'action sociale implique naturellement une interaction entre acteurs sociaux. Elle est d'après Touraine, cité par Grawitz (1983) d'une part création, utilisation de modes d'expression symboliques, orientation des valeurs, d'autre part, solution à des contraintes, à des limites.

L'action est définie par Bloch *et al.* (1997, p.12) comme une « modification du cours naturel des choses, réalisée par un agent en vue d'un but ». Une action, selon Bloch *et al.*, est définie par quatre composantes :

- le type d'intervention dans le cours naturel des choses ;
- le type d'état ou de procès sur lequel porte l'action ;
- l'environnement actantiel qui définit les paramètres de l'action ;
- le but en vue duquel est réalisée l'action et qui est responsable du déclenchement de l'action.

Dans le cadre de notre étude, l'action est étudiée d'une part dans les mêmes veines que l'action sociale, puisque le rapport sexuel est un acte psycho-social et d'autre part dans les mêmes connotations que Bloch *et al.* ont mises en évidence. Puisque sur le plan psychologique, le sujet-partenaire sexuel est supposé avoir élaboré une action en termes d'intention qu'il voudrait bien réaliser.

Après avoir achevé notre problématique, il serait important que nous abordions le cadre conceptuel pour mieux explorer les concepts en insistant sur les débats théoriques et fondamentaux qui en découlent.

## Chapitre 2: Cadre conceptuel de l'étude

### 2.1– De L'attitude au comportement

---

Le concept d'attitude restera l'un des grands concepts de la psychologie sociale américaine. Thomas et Znaniecki (1910, 1920) définissaient la psychologie sociale comme l'étude scientifique des attitudes. Nous ne pouvons plus éviter les problèmes posés par les définitions du concept d'attitude. Pour tout le monde, le concept d'attitude implique un

objet social (la peine de mort, le commerce international, les femmes, la sexualité, le VIH/Sida, le préservatif, etc.) et un rapport de l'individu à cet objet social. Mais avant d'entrer effectivement dans les grands débats scientifiques suscités par le concept d'attitude, explorons tout d'abord son histoire.

### **2.1.1– Historique du concept d'attitude**

La notion d'attitude est apparue d'abord en psychologie générale pour « expliquer les variations de réponse d'un sujet à un même stimulus lorsque l'attention de sa perception est attirée sur tel ou tel aspect ». (Mathieu et Thomas, 1995, p.393). Le concept a été repris en 1918 par des psychologues Thomas et Znaniecki, pour comprendre le phénomène d'intériorisation d'une culture par les membres d'une société. Pour ces auteurs, « *les conduites ne peuvent s'expliquer seulement en terme de besoins mais en référence aux objets et aux valeurs qui spécifient ces besoins* » (Thomas et Znaniecki (1910, 1920), cités par Maisonneuve, 1982, p.109). Ils relient donc valeurs sociales et attitudes psychologiques et décrivent l'attitude comme « *un état d'esprit envers une valeur* » (Thomas et Znaniecki (1910, 1920), cités par Thomas et Alaphilippe, 1993, p.8). Dès lors, les travaux sur les attitudes vont prendre une place primordiale au sein de la psychologie.

En 1935, Allport note que « c'est le concept le plus indispensable de la psychologie sociale contemporaine » (p.109). La mise au point d'échelle de mesure des attitudes a été un facteur important de développement de ce concept.

### **2.1.2– Les composantes de l'attitude**

Les auteurs s'accordent sur un seul point : il y a dans toute attitude un aspect évaluatif, et cet aspect est central. De nombreux théoriciens ne limitent cependant pas le contenu des attitudes à ce seul composant évaluatif. C'est le cas par exemple de Hovland et Rosenberg (1960). Ils y associent généralement un composant dit « cognitif » et un composant dit « conatif ».

La conception la plus ancienne considère que toute attitude comporte trois composantes : cognitive, affective et conative. La composante cognitive comprend les opinions du sujet sur l'objet d'attitude, les associations d'idées que cet objet provoque, le rapport que le sujet perçoit entre l'objet et ses valeurs personnelles. La composante affective comprend les affects, les sentiments, les états d'humeurs que l'objet suscite. La composante conative consiste en une disposition à agir de façon favorable ou défavorable vis-à-vis de l'objet.

Une autre conception consiste à définir l'attitude par sa composante évaluative (Eagly et Fishbein, 1993). En ce sens, l'attitude est seulement une disposition globalement favorable ou défavorable envers un objet. Les questions qui, dans le modèle tripartite que nous verrons un peu plus haut, portent sur la structure interne de l'attitude, portent dès lors sur les relations entre attitudes et croyances, et entre attitudes et comportement. L'attitude serait, d'après ce modèle, une conséquence des croyances du sujet.

En psychologie sociale, le concept d'attitude renferme une signification très précise qui en fait le concept central, et un des instruments essentiels du psychosociologue. L'attitude est donc directionnelle et sous-tend une intention d'une personne face à une autre personne ou à un objet ou, plus couramment, comme un sentiment positif ou négatif vis-à-vis d'un objet extérieur. Elle est aussi un affect associé à la représentation cognitive d'un objet ou, plus couramment comme un sentiment positif ou négatif vis-à-vis d'un objet ou d'une classe d'objets. L'attitude est perçue comme un état interne résultant de l'apprentissage ;

persistante, elle exerce une influence directrice et dynamique sur la conduite. Aussi, faut-il présenter les composantes des attitudes des individus face au VIH/Sida.

### 2.1.3– Les Composantes des attitudes face au VIH/Sida

Les attitudes sexuelles face au VIH/Sida, c'est-à-dire la disposition ou l'état d'esprit dans lequel se trouve un individu face au VIH/Sida ou encore l'état de préparation des individus face à leur comportement sexuel, comprennent aussi trois composantes :

\* **La composante cognitive**, c'est-à-dire une connaissance, une croyance quelconque concernant le VIH/Sida. Nos idées, connaissances, croyance sur le VIH/Sida et en occurrence sur l'usage du préservatif peuvent posséder plusieurs caractéristiques :

1/ - Elles peuvent être vraies ou fausses : cette caractéristique a beaucoup d'influence sur nos attitudes, car la croyance en l'existence du Sida par exemple déclenche un processus cognitif qui intègre cette information dans le schème cognitif et permet aux individus d'avoir des comportements qui oscillent à la même vitesse que leurs croyances, idées et connaissances. Ainsi, des personnes qui ne croient pas en l'existence du Sida par exemple seraient plus vulnérables que celles qui croient en l'existence de la maladie. Leur perception, cognition, seraient insensibles à la pertinence et l'utilité de la prévention.

2/ - Elles peuvent être simples ou complexes : si les sujets ne sont pas sensibilisés et informés sur la pandémie du Sida, leurs croyances au sujet du VIH/Sida sont simples, c'est-à-dire peu nombreuses, peu diversifiées, peu nuancées. Le terme VIH/Sida évoquerait chez certains individus des croyances, idées, connaissances infiniment plus complexes que chez d'autres individus qui sont effectivement et régulièrement informés sur le Sida. Les attitudes des individus qui reposent sur des idées, connaissances et croyances simples face au VIH/Sida sont probablement plus sujettes et favorables au changement, car leur base est facile à démolir parce qu'elle est rarement conforme à la réalité.

3/ - Elles peuvent être importantes : des convictions profondes concernant le VIH/Sida peuvent jouer un rôle extrêmement important dans la vision qu'une personne a du VIH/Sida et de l'usage du préservatif. Les attitudes qui reposeraient sur de telles convictions seraient donc très difficiles à changer. C'est pourquoi, avant d'entreprendre tout processus de changement de comportement sexuel face au VIH/Sida, il est important de connaître quelles sont les idées, connaissances, croyances et convictions de ces individus sur le Sida, les modes de prévention et les modes de contamination. Il est vrai que cette dimension cognitive à elle seule ne suffit pas pour susciter le changement de comportement sexuel qui est un comportement qui procure du plaisir et des sensations fortes. D'où la nécessité de s'intéresser à la composante affective des attitudes.

\* **La composante affective**, c'est-à-dire l'attrait ou la répulsion que le sujet éprouve envers le VIH/Sida, le port du préservatif et le comportement sexuel. Elle comprend les affects, les sentiments, les états d'humeur, les émotions qui surgissent lorsque l'individu est placé en face de l'objet ou, simplement, pense à cet objet. L'objet d'attitude face au VIH/Sida est un objet qui suscite du plaisir. Car, le problème du Sida est celui du comportement sexuel. La composante affective qui intervient dans l'élaboration des attitudes (préventives ou défensives) face au VIH/Sida ne devrait pas passer outre le fait que le plaisir procuré par l'activité sexuelle est important pour garantir l'équilibre corporel et psychologique du sujet. Dans le cadre de notre étude, nous mettons un accent particulier sur les émotions et/ou les sentiments.\* Le terme « émotion » ou « sentiment » implique ordinairement une réaction somatique, comme par exemple une accélération des battements du cœur en présence

d'un être aimé. Tout comme les idées, les connaissances et les croyances, les émotions possèdent des caractéristiques très importantes pour l'édification des attitudes :

1/ - Elles peuvent être favorables ou défavorables, c'est-à-dire que l'individu « se sent bien » devant certains objets relatifs au VIH/Sida, alors qu'il peut être malheureux ou mal à l'aise devant d'autres éléments qui interviennent dans le VIH/Sida. Dans le cas du Sida, les émotions à elles seules ne peuvent pas permettre de prédire les actions du sujet face à la pandémie. Mais il est vrai que les émotions, sentiments, affects, suscités par le comportement sexuel, sont capables d'influencer la formation des attitudes du sujet face au VIH/Sida. Cette hypothèse a constitué l'une des chevilles ouvrières d'une étude que nous avons menée précédemment. Nous avons montré que les stimulations sexuelles de l'environnement favorisent la résistance au changement d'attitude face au VIH/Sida chez les adolescents de Yaoundé (Noumbissie, 2004). Nous avons également montré que lorsque les stimulations sexuelles sont favorables à la protection, les individus se protègent et dans le cas contraire, ils résistent au changement.

2/ - Elles peuvent être intenses ou superficielles. On peut évidemment s'attendre à ce que nos attitudes sexuelles face au VIH/Sida aient plus d'influence sur notre vie sexuelle et soient plus difficiles à modifier lorsqu'elles s'accompagnent d'émotions vives et profondes. Le plaisir sexuel, la satisfaction sexuelle qu'accompagne le comportement sexuel doivent être pour beaucoup dans la résistance à la persuasion et au changement de comportement chez les individus. Les personnes qui assouissent pleinement la satisfaction sexuelle seraient plus réfractaires au changement que les personnes insatisfaites. Il est vrai que cette affirmation peut être taxée d'erronée, mais il est aussi vrai que la procuration du plaisir réalisée pendant les comportements sexuels justifie la résistance à l'adoption de l'abstinence comme mode de prévention (Noumbissie, 2004).

Toutefois, pour clôturer cette partie sur la composante affective des attitudes, mentionnons que le plaisir y joue un rôle très déterminant. Le plaisir, précisons-le, fait référence à un état affectif positif qui se présente chez l'individu comme un sentiment de joie, de satisfaction et de contentement (Mehrabian, 1976). Baker, Levy et Grewal (1992) définissent le plaisir comme étant le fait de se sentir bien dans un environnement. Le plaisir s'exprime dans les rapports sexuels par le sourire, la présence de chaleur dans la voix et par des expressions verbales positives. Le plaisir est instantanément reconnu par soi-même et par autrui. Selon Mehrabian et Russel (1974), les termes bipolaires de l'axe du plaisir sont heureux versus malheureux, réjoui versus contrarié, satisfait versus insatisfait, content versus mélancolique, plein d'espoir versus désespéré et détendu versus ennuyé. Selon qu'on appartienne à tel ou tel axe du plaisir, cette appartenance influe nos attitudes face au comportement sexuel. Certaines personnes, par exemple, pensent que le port du préservatif diminue le plaisir ; d'autres par contre pensent que le port du préservatif l'améliore, voire l'augmente. Cette situation peut générer port ou résistance selon notre appartenance polaire.

\* **La composante conative**, c'est-à-dire non pas une action, mais une tendance à l'action. Elle correspond aux intentions ou aux décisions relatives à l'action et semble, a priori, liée aux deux autres dimensions. Il s'agit aussi des actions du sujet. Elle consiste en une disposition à agir de façon favorable ou défavorable vis-à-vis du VIH/Sida. Si l'attitude est favorable, l'individu sera tenté de poser des comportements préventifs comme l'abstinence, la fidélité ou l'usage permanent et correct du préservatif. Si par contre l'attitude est défavorable, l'individu s'opposerait aux sensibilisations relatives au VIH/Sida, et résisterait à l'adoption des comportements sexuels préventifs. Il faut aussi préciser que dans maints cas, et comme nous le verrons plus loin, l'action désirée ne sera pas toujours

prise, à cause principalement des normes, contextes, variables intermédiaires qui peuvent détourner l'intention d'usage du préservatif face au VIH/Sida à la résistance à l'usage du préservatif. Avant d'y arriver, intéressons-nous tout d'abord à la structure des attitudes.

#### **2.1.4– La structure des attitudes**

Les trois composantes énumérées ci-haut ne sont évidemment pas indépendantes les unes des autres. Il existe en fait plusieurs théories en psychologie qui cherchent à démontrer et à expliquer une tendance à l'uniformité, non seulement entre les composantes des attitudes, mais également entre certaines attitudes, ainsi qu'entre les attitudes et les comportements. Deux de ces théories, généralement, plus explicatrices peuvent nous aider à mieux comprendre la dynamique fonctionnelle entre les composantes attitudinales des adolescents face au VIH/Sida. Il s'agit de la théorie de l'équilibre et de la théorie de la dissonance cognitive.

##### **2.1.4.1– La théorie de l'équilibre**

Heider (1946) est le premier à formuler une théorie de la consistance cognitive : « *l'équilibre cognitif* ». D'après cette théorie, si une contradiction existe entre les jugements ou attentes d'une personne concernant un aspect de son environnement social et les implications des jugements ou attentes relatives à d'autres aspects de cet environnement, on peut observer une modification des rapports entre les éléments de l'environnement ou encore une modification de la représentation que la personne s'en fait afin de restaurer l'équilibre. Selon Heider, les individus recherchent l'ordre, la symétrie et la cohérence entre les éléments de leur environnement. Si une contradiction apparaît, des forces tentent de restaurer l'équilibre soit en modifiant les rapports entre ces éléments, soit en modifiant la représentation que la personne s'en fait.

Heider considérait un objet  $x$  (qui, dans le cas de notre étude, peut être le VIH/Sida ou le préservatif) et deux individus  $P_1$  et  $P_2$  (qui sont, dans le cas de notre étude, les deux partenaires sexuels). Ces deux individus peuvent être d'après l'auteur, soit en relation d'attraction (+), soit en relation d'aversion (-), et peuvent avoir envers l'objet  $x$ , soit une attitude positive (+), soit une attitude négative (-). La théorie de Heider nous est indispensable parce qu'elle focalise la structure des attitudes sur l'affectivité et l'équilibre. Cette situation est très préoccupante dans notre étude, dans la mesure où le comportement sexuel se manifeste entre des personnes qui éprouvent mutuellement des sentiments et des affects. La qualité de sentiments et d'émotion peut influencer grandement sur la structure, la nature et le changement d'attitude chez les partenaires. A quelques exceptions près, la relation qui lie les partenaires sexuels est une relation affective et le rapport sexuel instaure un équilibre qui peut être entravé par les pulsions, tensions et instincts sexuels des partenaires, et donc l'acte sexuel est important pour le réinstaurer.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'il faut, pour comprendre comment se structurent les attitudes des individus face au VIH/Sida, mettre en évidence la dynamique fonctionnelle qui existe entre l'objet (le VIH/Sida ou le port du préservatif) et la nature et le degré de relation affective qui existent entre les partenaires sexuels, dans la mesure où l'équilibre ou le déséquilibre ne doivent pas subir le même processus fonctionnel entre les couples très amoureux, entre les couples simplement amoureux, entre les couples passionnels, entre les couples qui s'admirent seulement, entre les couples où un seul partenaire est amoureux, ou entre les couples qui ne s'aiment pas, ou dans le cas de viols ou de prostitution. Ce que nous voulons retenir dans cette approche heiderienne est que le port du préservatif est conditionné par la nature et le degré d'affect qui existe entre les partenaires sexuels.

Et que les pressions exercées par un partenaire sur l'autre peuvent susciter adoption ou changement d'attitude dans les couples pour que l'équilibre du couple soit sauvegardé.

#### **2.1.4.2– La théorie de la dissonance cognitive**

La théorie de la dissonance cognitive a été énoncée par Festinger (1957). La dissonance cognitive est un état psychologique qui s'apparente à celui de l'âne de Buridan. L'âne de Buridan a autant soif que faim et se trouve placé à équidistance d'un seau d'eau et d'un picotin d'avoine. Il hésite entre satisfaire d'abord la soif ou la faim. Un état similaire est traduit par Descartes (1953) parlant de la « liberté d'influence », où l'individu est placé dans une situation d'égal attrait entre deux choix.

La dissonance cognitive est une disharmonie, une incompatibilité. La dissonance cognitive est traduite comme l'état d'une personne en qui il existe des croyances, des opinions, des notions, bref des cognitions contraires ou incohérentes. Cette incohérence peut être une incohérence de rapport logique entre les cognitions, ou tout simplement une incompatibilité de contenus des cognitions. Le sujet éprouve un malaise psychologique intense.

Ce malaise psychologique s'explique, selon Festinger, par le fait que chaque individu a le souci de garder, de maintenir la plus grande cohérence interne possible. Dans la dissonance, c'est cette rupture de cohérence, de l'équilibre interne qui génère l'élaboration de nouvelles attitudes et l'abandon de certaines, du fait de la non correspondance des cognitions, qui est pénible. Pénible, parce que l'incohérence crée une tendance psychologique désagréable en l'individu. C'est dans l'objectif de diminuer cette tension que l'individu est contraint de réduire son état de dissonance.

Pour Festinger, l'état d'inconsistance est induit par le comportement du sujet lui-même, qui n'est plus dans ce cas-là un analyste, mais un acteur. En ce sens, les sujets font quelque chose qui n'est pas en accord avec certaines de leurs cognitions. Ce n'est pas une simple information qui entraîne alors cet état d'inconsistance, mais le propre comportement du sujet.

La théorie de Festinger, comme celle de Heider, a le mérite de permettre souvent d'expliquer certains phénomènes après qu'ils se soient produits. Mais, en général, ces théories ne nous permettent pas de prédire d'avance comment un individu va réagir ou se comporter dans telle ou telle situation, parce qu'il peut choisir entre plusieurs façons de rétablir son équilibre cognitif. Elles tendent, cependant, à nous démontrer que l'être humain cherche un certain équilibre, une certaine consistance logique, non seulement entre ses diverses attitudes (et leurs composantes), mais aussi entre ses attitudes et ses comportements. Aussi faut-il, pour mieux appréhender la structure des attitudes, s'intéresser aux modèles explicatifs de la structure attitudinale.

#### **2.1.4.3– Les modèles de la structure attitudinale**

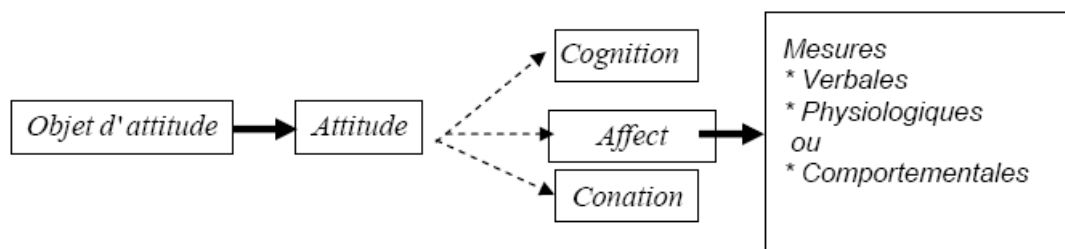
Trois modèles principaux se disputent depuis longtemps l'attention des chercheurs. Dans le cadre de notre étude, nous n'allons pas déroger à cette tendance. Il s'agit du modèle tripartite classique, du modèle unidimensionnel classique et du modèle tripartite révisé qui séduira le plus notre attention scientifique.

##### **Le modèle tripartite classique**

Puisant aux vénérables sources de notre lointain héritage indo-européen, notamment dans la philosophie grecque (McGuire, 1985), ce modèle affirme que l'attitude est une

disposition résultant de l'organisation de trois composantes : une composante cognitive, une composante affective, une composante comportementale (ou conative). Proposé par Rosenberg et Hovland (1960), ce modèle présente l'avantage de suffisamment distinguer les trois dimensions de façon à en permettre l'opérationnalisation.

Breckler (1984) a conduit des expérimentations pour évaluer les corrélations entre les trois composantes. Dans une des expériences, il a eu recours à diverses mesures de chacune des composantes de l'attitude chez des sujets en présence d'un serpent. Pour l'aspect affectif, la fréquence cardiaque fut enregistrée ; on demanda également aux sujets d'estimer leur humeur sur une échelle de points. Pour la composante cognitive, les croyances quant aux conséquences négatives et positives de la présence d'un serpent furent recueillies, ainsi que les pensées suscitées par le reptile. Du côté conatif, on mesura la distance à laquelle les sujets acceptaient de s'approcher du serpent, ainsi que les actions qu'ils acceptaient d'effectuer en sa présence. Les analyses indiquèrent que les croyances, les affects et les comportements étaient modérément corrélés, ce qui définit la partie commune de l'attitude ; de plus, une contribution unique caractériserait chaque composante. Les trois dimensions convergent donc suffisamment pour assurer une signification commune, mais par ailleurs, il existe aussi une validité discriminante entre chacune d'elles. Dans le cas d'un comportement sexuel préventif face au VIH/Sida, la signification commune des composantes de l'attitude n'est pas à négliger. Car tout laisse penser qu'il existe un certain seuil d'accord entre les composantes de l'attitude sexuelle face au VIH/Sida. Et que ce seuil d'accord est indispensable pour sauvegarder la pérennité et la permanence de ladite attitude. La figure ci-dessous est une véritable illustration de ce modèle :



**Figure 4** : Modèle tripartite classique de l'attitude.

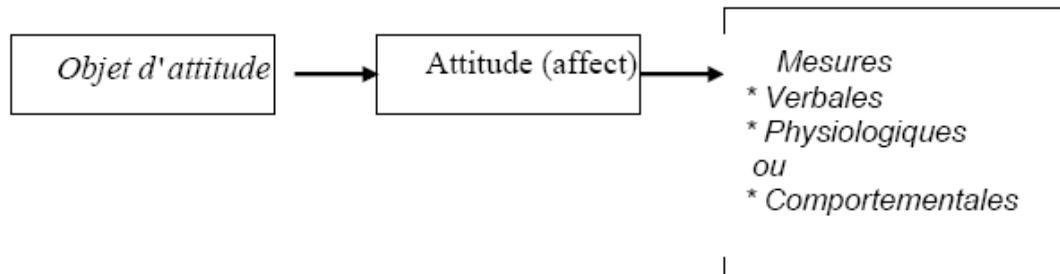
**Source** : Lafrenaye (1994).

Malgré un certain nombre d'expériences confirmatives semblables à celle de Breckler, plusieurs critiques ont néanmoins été formulées à l'égard du modèle classique. Par exemple, sur le plan théorique, des chercheurs, à l'instar de Cacioppo, Petty et Geen (1989), Greenwald (1989) reprochent à ce modèle d'être peu parcimonieux et ainsi de présenter des obstacles à la vérification empirique. Sur le plan méthodologique, Dawes et Smith (1985) considèrent que les corrélations ne peuvent suffire pour déterminer la validité de construit du modèle. Après ces propos sur le modèle tripartite classique, intéressons-nous maintenant au modèle unidimensionnel classique.

### **Le modèle unidimensionnel classique**

Le modèle unidimensionnel classique est le modèle d'attitude le plus courant. Il énonce que l'attitude représente la réponse évaluative (affect), défavorable ou favorable, à l'objet d'attitude. L'attitude constitue ainsi la réponse situant l'objet sur une position du continuum d'évaluation. Ce modèle dit « unidimensionnel » est sous-jacent à la majorité des échelles

de mesure de l'attitude. De plus, comme nous l'avons vu un peu plus haut, les approches cognitives définissent aussi l'attitude comme un affect associé à la représentation mentale d'un objet comme le précisent Breckler et Wiggins (1989), Greenwald (1989). Ce modèle est illustré dans la figure suivante : Attitude (affect)



**Figure 5:** *Modèle unidimensionnel classique de l'attitude.*

**Source** : Lafrenaye (1994).

Ce modèle semble mettre un accent particulier sur l'affect et ses implications sur les réponses évaluatives. Ce modèle ne saurait expliquer les attitudes des individus face au VIH/Sida, puisque ces attitudes comportent les dimensions affectives, cognitives et comportementales. Le modèle tripartite révisé est celui le plus indiqué pour améliorer la compréhension de la structure des attitudes des individus face au VIH/Sida.

#### **Le modèle tripartite révisé**

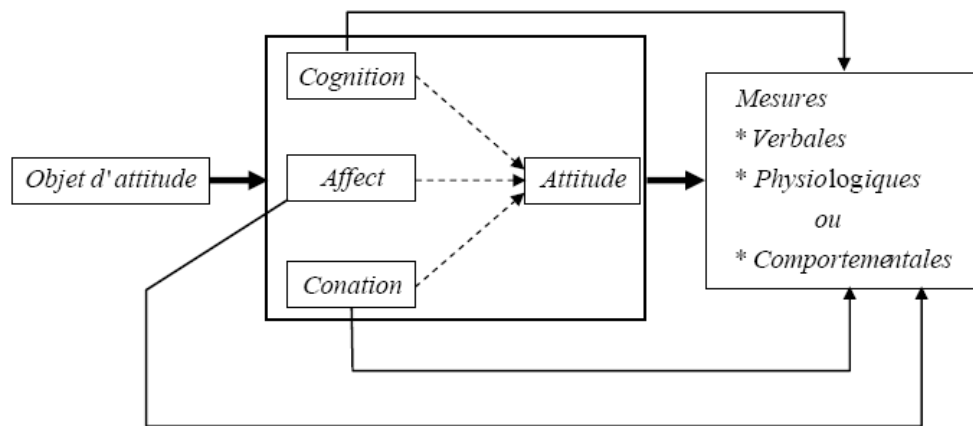
Zanna et Rempel (1988) ont proposé une version modifiée du modèle tripartite classique, tout en y intégrant le modèle unidimensionnel. En premier lieu, l'attitude est définie comme une catégorisation de l'objet attitudinal sur la dimension évaluative « défavorable-favorable ». Dans ce modèle, l'attitude devient donc un jugement (c'est-à-dire une opinion) exprimant un degré d'aversion ou d'attraction sur un axe bipolaire. En second lieu, cette attitude-jugement est vue comme un élément prenant appui sur trois sortes d'informations : une information cognitive, une information affective et une information basée sur le comportement antérieur ou l'intention d'agir.

On distingue ainsi l'attitude, qui consiste en un jugement « froid » sur ce qu'on aime ou déteste ; l'affect, qui fait référence à l'émotion ressentie ; les croyances, qui sont les conséquences négatives ou positives associées à l'objet ; et la structure cognitive d'anticipation de l'action. Zanna et Rempel suggèrent que les trois sortes d'information, séparément ou conjointement, peuvent déterminer l'attitude-jugement. Il en découle une « dérivation » intéressante : nous pourrions posséder plusieurs attitudes différentes à l'égard d'un même objet selon les situations. Ainsi, par rapport au préservatif, une attitude positive peut être exprimée si l'on considère le moyen de protection qu'il représente contre les MST (information cognitive) ; par contre, dans une perspective plus émotionnelle, hédoniste (par exemple l'interruption des ébats sexuels pour mettre le condom), l'attitude, basée sur une information plus affective, sera probablement négative. A cet égard, comme l'indiquent les flèches de la figure ci-dessous, il est recommandé de mesurer les quatre composantes du modèle.

Dans une étude plus récente, Zanna, Haddock et Esses (1990) ont utilisé ce modèle pour déterminer la contribution des composantes cognitive et affective dans la prédiction de l'attitude à l'égard des groupes minoritaires (américains, canadiens, français, pakistanais, homosexuels par exemple). Les résultats suggèrent que l'attitude-jugement (ou préjugé) repose plus sur une information cognitive (c'est-à-dire les stéréotypes) à l'égard de certains



groupes, alors que la composante affective (soit l'intensité et la fréquence de diverses émotions ressenties) est plus saillante en présence d'autres minorités. Aussi, la mesure particulière de chacune des composantes de l'attitude permet une description plus précise. Ce modèle présente une intéressante synthèse des modèles précédents et suggère des pistes stimulantes de recherche. Il nous semble bien indiqué pour nous renseigner sur l'élaboration et la structure des attitudes vis-à-vis du VIH/Sida parce qu'il tient compte non seulement des variables affective, cognitive, et conative, qui interviennent dans la construction des attitudes vis-à-vis du VIH/Sida, mais aussi met un accent particulier sur les croyances, stéréotypes, jugements, les préjugés qui influencent d'une manière ou d'une autre la construction, l'édification, la structure desdites attitudes vis-à-vis du VIH/Sida. La figure suivante en est une véritable illustration :



**Figure 6:** Modèle tripartite révisé de l'attitude

**Source :** Lafrenaye (1994).

Ce modèle, comme nous l'avons dit un peu plus haut, est celui que nous adoptons pour exposer la structure des attitudes des adolescents vis-à-vis du VIH/Sida. L'objet d'attitude, dans le cadre de notre étude, c'est le VIH/Sida qui peut être substitué par le préservatif. Cet objet bien entendu suscite cognition, affect, évaluation et cognition qui, d'une manière ou d'une autre, ébranle les attitudes y afférentes. Aussi, faut-il s'intéresser à la formation et aux sources des attitudes.

### 2.1.5- La formation des attitudes

La formation des attitudes est en grande partie redevable aux trois types classiques d'apprentissage : le conditionnement classique, le conditionnement instrumental et l'apprentissage social. L'aspect le plus évident des attitudes, c'est qu'elles varient considérablement d'un individu à un autre, d'un groupe à un autre. Quel que soit l'objet d'attitude auquel on peut penser, il est toujours évident de trouver des individus qui ont des attitudes favorables et d'autres qui ont des attitudes défavorables. Les attitudes ne naissent donc pas identiques. En conformité avec le modèle tripartite de l'attitude, nous considérons quelques processus classiques de formation de l'attitude selon les trois composantes, en favorisant toutefois les processus d'apprentissage. Ainsi, nous distinguons les sources affectives (conditionnement classique ou pavlovien) ; les sources comportementales (conditionnement opérant ou skinnerien) ; les sources cognitives (apprentissage social ou apprentissage vicariant ou par observation).

### **2.1.5.1 – Les sources affectives de l'attitude vis-à-vis du VIH/Sida**

Elles sont redevables au conditionnement classique ou pavlovien. Cette modalité d'apprentissage vise l'établissement d'association stimulus-réponse à la suite de présentations répétées d'une paire de stimuli. L'un de ces stimuli est neutre (stimulus conditionnel : SC), tandis que le second est un déclencheur régulier (stimulus inconditionnel : SI) d'une réponse particulière (réponse inconditionnelle : RI).

Considérons la situation dans laquelle un son (SC) précède de quelques secondes l'envoi d'un fin jet d'air (SI) dans l'œil, ce qui déclenche le réflexe palpébral de fermeture de la paupière (RI) ; après plusieurs couplages des deux stimuli, l'unique présence du son déclenchera la réaction de fermeture. Cette théorie du conditionnement, élaborée à partir d'un chien célèbre qui apprit à saliver au son d'une cloche, explique plusieurs des comportements de la vie courante, en l'occurrence les comportements sexuels présumés automatiques, non volontaires, non conscients, instinctifs, pulsionnels...

Au regard des attitudes, Staats et Staats (1958) ont démontré que les mots aux significations affectives fortes peuvent produire des attitudes positives ou négatives envers un stimulus neutre, seulement par simple couplage avec ce stimulus. L'expression « Sida tue » qui depuis longtemps est employé dans les campagnes de sensibilisation et de persuasion peut générer chez des individus des attitudes favorables ou défavorables vis-à-vis de la pandémie selon que les individus ont des interprétations, considérations positives ou négatives avec le stimulus « tue ». Les sujets qui ont peur de la mort peuvent élaborer des attitudes favorables à la protection, et ceux qui n'ont pas peur de la mort des attitudes non préventives ou résistantes. L'association de la mort au Sida est, selon nous, ambiguë. Car, elle peut générer autant la résistance que le changement. Dans nos sociétés actuelles, la mort n'est pas un bon stimulus pour susciter le changement de comportement ou d'attitude, dans la mesure où elle tue au moins un individu par seconde, et elle garde une fonction naturelle et fataliste. Elle ne surprend plus et elle n'émeut plus. Toutefois, ce que nous retenons est qu'il est possible (malgré cette ambiguïté que le slogan « *Le Sida tue* » peut créer, susciter) de conditionner les attitudes des individus vis-à-vis du VIH/Sida par simple manipulation des sources affectives. D'ailleurs, ce processus de nos jours, sous-tend les messages communicationnels et sensibilisatifs qui mettent l'accent sur la peur de la mort et l'amour pour la vie pour susciter le changement et la consolidation des attitudes favorables chez les individus.

### **2.1.5.2 – Les sources comportementales de l'attitude vis-à-vis du VIH/Sida**

Elles sont impulsées par le conditionnement opérant ou skinnerien. Ce processus associatif d'apprentissage est le préféré des nouveaux thérapeutes : il s'agit par exemple de la technique du « hum ! » en vue d'encourager les attitudes attendues (Greenspoon, 1955). Le seul fait qu'un événement positif (renforcement) soit consécutif à une réponse entraîne une hausse de la probabilité d'apparition de cette réponse (effet de renforcement) ; à l'inverse, une réponse suivie d'un événement désagréable entraîne une diminution de sa probabilité d'apparition (effet de punition). Ainsi, une attitude associée à un comportement renforcé tendra à se développer. En d'autres mots, la formation d'attitudes est plus probable quand elle mène à des récompenses que lorsqu'elle est liée à des punitions.

Le comportement sexuel procure chez les individus le plaisir, le soulagement, la satisfaction, la relaxation, la motivation, ces éléments renforçateurs sont indispensables dans la structuration, l'édification et la formation des attitudes des individus vis-à-vis du VIH/Sida. La satisfaction, le plaisir, sont considérés dans notre étude comme des récompenses,

ainsi la formation d'attitudes antisida serait plus probable que la formation des attitudes favorables vis-à-vis du Sida. Car l'abstinence sexuelle par exemple peut être vécue chez certains individus comme une punition. Il en est de même de la fidélité, de l'usage du condom qui ont des représentations parfois négatives. Certaines personnes peuvent les considérer comme punition et les subir et vivre avec douleur ; ce qui peut générer des troubles de comportement.

Scott (1957) a démontré le processus d'association comportement-renforcement-attitude. Des sujets furent invités à défendre une position attitudinale dans un débat. Puis, on les informa qu'ils étaient « gagnants » ou « perdants ». Les résultats montrent que, ultérieurement, les sujets « gagnants » adoptèrent davantage l'attitude défendue au cours du débat que les « perdants » ne le firent. Ainsi, il conclut que le fait d'être victorieux incitera les sujets à réexprimer la nouvelle attitude. La victoire dont parle Scott est substituée au plaisir dans le cadre du comportement sexuel qui suscite chez les adolescents réexpression attitudinale dans l'exercice de leur activité sexuelle.

Diamond et Loewy (1991) ont obtenu des résultats similaires au regard de l'attitude et du comportement de recyclage des déchets domestiques. Il ressort de leur étude qu'une attitude et des comportements plus favorables au recyclage furent notés chez les sujets ayant gagné des billets de loterie. Ce qui montre que le renforcement est d'un apport inéluctable dans la conservation, la planification et la consolidation des attitudes.

### **2.1.5.3 – Les sources cognitives de l'attitude vis-à-vis du VIH/Sida**

La formation de l'attitude par le biais des deux composantes affectives et comportementales a mis en lumière la façon dont un objet peut devenir associé à une étiquette affective. En d'autres termes, nous apprenons à aimer comme nous l'avons dit un peu plus haut les objets couplés à des conséquences positives et développons des appréciations envers les objets associés à des conséquences négatives. Comme nous le soulignons déjà, la problématique de la structure des attitudes vis-à-vis du Sida met en relief les problèmes posés par la communication et la sensibilisation sur le VIH/Sida. Le VIH/Sida a été associé à des expressions (mort, plaisir, souffrance, etc.) qui suscitent à la fois la peur et la joie, cette association d'objets d'expression influence les attitudes vis-à-vis du Sida selon le degré de croyances, connaissances des individus. De même, la publicité sur le préservatif a mis l'accent sur un élément affectif dont son contraire peut être appréhendé (le préservatif augmente le plaisir).

Cette association sur le plan de la sexualité peut susciter une émotion et son contraire. Puisque ceci dépend des habitudes sexuelles de tout individu. Car le préservatif peut augmenter le plaisir chez certains, le diminuer chez d'autres et ne même pas le susciter chez d'autres. Sur le plan cognitif, ce problème est à prendre au sérieux. Car les schèmes cognitifs de base des individus sont élaborés en fonction du traitement cognitif qu'ils ont fait du VIH/Sida et du préservatif. Cette composante cognitive, comme nous l'avons déjà dit, influence la structure et la formation des attitudes des individus vis-à-vis du VIH/Sida. Il est aussi vrai qu'on peut aussi démontrer que des indices affectifs peuvent devenir associés à un objet par voie symbolique impliquant un traitement plus actif de l'information.

Le Sida, depuis le début de l'épidémie, a fait place à des rumeurs, des croyances, des perceptions, des représentations, des attributions causales, des cognitions, des interprétations qui régulent et contrôlent les conduites, attitudes et comportements sexuels face à l'épidémie. La définition que Fisher donne des représentations met en évidence tous les aspects du milieu qui modèlent et structurent les représentations, les croyances et attitudes construites autour d'un phénomène. En effet, il définit les représentations

sociales comme la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et croyances partagées par un groupe et donnant lieu à une vision commune des choses qui se manifestent au cours des interactions sociales (Fisher, 1996). C'est en ce sens que Weber (1971) faisait des représentations sociales un cadre de référence et un vecteur de l'action des individus. Cette approche résolument cognitive considère d'abord qu'une représentation ou une croyance peut être formellement décrite en termes d'éléments et de relation. L'argument cognitiviste est que le comportement intelligent présuppose la faculté de représenter le monde d'une certaine façon, dans la mesure où la cognition consiste à agir sur la base de croyance et de représentation.

Rokeach (1960) introduit alors le modèle d'un système croyance-incrédulité, « composé » également des non-croyances, dont le sujet sait qu'elles sont celles de certains de ses congénères, qu'il connaît mais qu'il n'adopte pas et pourrait adopter dans certaines mesures. L'homme filtrerait l'ensemble de son approche des êtres et des choses par l'intermédiaire de cet ensemble articulé, dont il s'agit alors d'établir la structure avant même d'en décrire les contenus. Pour Rokeach, il existe une relation significative entre la structure cognitive des individus et les systèmes de croyances (périphériques et centrales) que les individus construisent sur un phénomène.

Nous sommes sans oublier que les croyances du sujet, bien qu'individuelles ou collectives, sont sous-tendues par des variables environnementales qui sauvegardent leur pérennité et assurent leur continuité. C'est ainsi qu'elles sont parfois difficiles à modifier. C'est ce qui fait que les adolescents sont parfois réfractaires au changement de comportement sexuel et les rend de plus en plus vulnérables au VIH/Sida. Les systèmes de croyances établis autour du Sida par les adolescents africains portent sur la croyance à l'existence de la pandémie, l'efficacité du préservatif, à la plénitude du plaisir sexuel pendant les rapports sexuels non protégés, à la faisabilité des méthodes préventives (abstinence – fidélité -condom), au Sida comme punition de Dieu, au fétichisme sexuel, à des puissances et forces naturelles protégeant contre le VIH/Sida, au blindage, au Sida comme maladie mystique et sorcelleresque, etc.

### **2.1.6- Les fonctions des attitudes**

Pour Allport (1935), « les attitudes déterminent pour chaque individu ce qu'il verra et entendra, ce qu'il pensera et exécutera ». Les attitudes sont donc une sorte de « prêt-à-faire » nous aidant à trouver notre chemin dans un monde complexe. Dans leur formulation, Smith, Bruner et White (1956) assignent trois fonctions aux attitudes : adaptation sociale, extériorisation et évaluation de l'objet d'attitude. Quant à Katz (1960), il mentionne les quatre fonctions suivantes : connaissance, adaptation, défense du moi et expression des valeurs. Nous commenterons brièvement la taxinomie de Katz. Cependant, grâce à la prépondérance de l'approche cognitive des dernières décennies, la fonction de connaissance bénéficiera d'une attention privilégiée et compte tenu du fait qu'elle soit une composante considérable des attitudes vis-à-vis du VIH/Sida.

#### **2.1.6.1– La fonction de connaissance**

Elle semble susciter une grande préoccupation de recherche (Fazio, 1989, Pratkanis et Greenwald, 1989). Nous avons signalé un peu plus haut que l'attitude sert de cadre interne de référence ; elle est une sorte d'échelle évaluatrice indiquant la latitude acceptable et la latitude inacceptable pour juger les stimuli associés à l'objet d'attitude et y réagir. Elles sont toutes bipolaires (négatives ou positives, favorables ou défavorables), et elles ont toujours une certaine intensité, qui peut aller de la haine à l'amour, de l'indifférence à la passion ;

on peut donc les ordonner sur des échelles, voire les mesurer. Une telle procédure a son utilité, car elle constitue à la fois un moyen de connaissance et un moyen de communication et d'action.

En sollicitant par exemple l'opinion des adolescents sur le VIH/Sida et le port du préservatif, on ébauche un certain dialogue grâce auquel il est possible de mieux les comprendre, de découvrir leurs insatisfactions et d'y remédier. A la manière de mini-théories qui établissent des liens entre diverses observations, les attitudes permettent une organisation des connaissances. Ces connaissances (croyances, arguments, informations, opinions, etc.) constituent la composante cognitive emmagasinée dans le schème de façon bipolaire ou unipolaire. C'est donc cette représentation cognitive qui est évaluée, aboutissant à un résumé effectif du type défavorable – favorable à l'égard de l'objet.

Le rôle de connaissance se manifeste de façon différente, selon les cas où l'objet d'attitude est nouveau ou familier. Dans notre population, nous aurons des sujets pour qui l'objet d'attitude (VIH/Sida) est familier et d'autres pour qui cet objet est nouveau. Dans le but de mieux saisir l'originalité du rôle épistémologique de l'attitude, il est nécessaire de confronter les deux situations de nouveauté et de familiarité à l'objet.

Gerard et Orive (1987) font bien comprendre ce qu'il y a de particulier dans le rôle de connaissance de l'attitude vis-à-vis des objets nouveaux. Dans de telles situations, l'individu ressentirait un impérieux besoin de formation d'attitude puisqu'il ne dispose pas d'une attitude toute prête. Dès lors, il s'efforcera de recueillir de l'information afin d'en arriver à l'impression de pouvoir réagir de façon non ambivalente vis-à-vis de l'objet. Selon cette perspective, l'information première, et aussi la plus nécessaire, serait de type affectif (Zazonc, 1980). Selon Gérard et Orive (1987), le résultat de cette saisie émotionnelle rapide de l'objet constitue la détermination d'une orientation non équivoque vers l'action (*unequivocal behavioral orientation*) ou, une structuration cognitive achevée. Nous constatons donc qu'une contribution majeure de l'attitude à nos connaissances, est d'encoder les affects « anti » et « pro » à l'égard d'objets nouveaux. Cette approche met en évidence la procédure de formation des attitudes chez les adolescents qui suivent pour la première fois des messages sur le VIH/Sida et la prévention.

Dans les situations d'objets familiers, le sujet détient déjà des attitudes toutes faites, plus facilement accessibles, n'attendant qu'à être activées par le contexte. Dans ces cas, l'évaluation affective en mémoire sera recouverte afin de classer l'objet comme bon ou mauvais et de décider d'un comportement d'approche ou d'évitement. Jamieson et Zanna (1989) rapportent une expérience qui illustre bien le rôle de guide quasi automatique que jouent les attitudes. Selon ces auteurs, l'attitude est cristallisée et, par conséquent, susceptible de prédire la conduite.

### 2.1.6.2- La fonction d'adaptation

La fonction d'adaptation est une reconnaissance du fait que les gens élaborent des attitudes favorables à l'égard des objets qui satisfont leurs besoins et des attitudes négatives vis-à-vis de ceux qui sont associés à des frustrations. Elle vise les attitudes qui maximisent les récompenses et réduisent au minimum les punitions. Le modèle d'attitude proposé par Fishbein et Ajzen (1975) permet de mesurer les conséquences prévues négatives et positives, d'un comportement donné quant à un objet cible. Les attitudes jouent donc un rôle d'adaptation sociale en permettant la maximisation de l'acceptation et de l'approbation des autres. Elles aident à adopter des stratégies appropriées d'échange social. Ainsi, certains adolescents affectionnent les comportements sexuels parfois désordonnés de leurs idoles : une telle attitude contribue à renforcer l'identité personnelle par l'identification à des modèles

attrayants. On peut exprimer des attitudes sexuelles complaisantes à l'égard d'un partenaire sexuel dans le but de lui témoigner notre affection.

Selon Snyder et DeBono (1989), les personnes dont le trait de monitoring de soi est élevé ont tendance à adopter des attitudes dont la fonction dominante est l'adaptation sociale. Comme les sujets de monitoring élevé, disent-ils, sont très attentifs aux indices situationnels pour définir leur présentation sociale, ils préfèrent les annonces publicitaires qui présentent l'image sociale associée à l'utilisateur du produit, en revanche, les individus dont le trait est peu élevé prêtent plus attention aux annonces qui mettent en relief la qualité et les valeurs évoquées par le produit. Dans le cas du Sida, par l'usage du préservatif, les promoteurs ont parfois mis en relief les idoles, les stars et les vedettes (football, show-bises, basket-ball, artistes, comédiens et musiciens, leaders politiques, etc.). Cette situation n'a toujours pas solutionné et éradiqué le VIH/Sida. Snyder et DeBono (1989) ont aussi mis en lumière le fait que les personnes de monitoring élevé sont plus réceptives aux messages mettant en scène des communicateurs attrayants de même qu'aux annonces publicitaires comportant des témoignages de vedettes, par contre, les communicateurs de forte crédibilité et les témoignages d'experts constituent le choix des gens de faibles monitorages. Encore faut-il faire une étude dans le cas du Sida. Toutefois, ce qui est pourtant vrai est que les promoteurs du préservatif et de la lutte contre le Sida ont parfois utilisé les vedettes, stars, leaders, idoles des adolescents pour faire passer les messages de prévention sur le Sida. Mais l'évolution des taux de prévalence montre que ces méthodes ne sont pas très efficaces. Toutefois, il faut préciser que les adolescents dans la majorité des cas adoptent les attitudes et comportements des individus avec qui ils partagent le même cadre spatio-temporel. Le problème avec le Sida est qu'il n'y a de groupes de personnes qui se soient érigées en modèle.

### **2.1.6.3- La fonction d'expression**

Le troisième rôle rempli par les attitudes concerne l'extériorisation des croyances et des valeurs centrales ainsi que de l'image de soi. Selon l'approche fonctionnaliste, une gratification est ainsi obtenue par la simple expression d'attitudes qui nous distinguent d'autrui. Selon cette approche, soutenir une position controversée témoigne souvent d'attitudes centrées sur des valeurs. Par exemple, l'attitude provient d'un individu qui peut n'avoir aucun lien avec la connaissance de femmes ayant eu recours à l'avortement ; une telle attitude peut simplement être l'affirmation des valeurs religieuses. Cette approche nous est intéressante parce que notre modèle théorique tient compte de l'influence des valeurs (culturelles, morales, sociales...) dans l'élaboration des attitudes des individus sur leurs attitudes sexuelles vis-à-vis du VIH/Sida et aussi met en relief l'influence des croyances des individus sur leurs attitudes sexuelles vis-à-vis du Sida. Le rôle expressif des attitudes vis-à-vis du Sida ne serait plus négligé dans les études portant sur la prévention et la lutte antisida.

De plus, comme le démontre Shavitt (1989, 1990), certains objets induisent des attitudes facilitantes de l'expression des valeurs. Parmi ces objets, nous pouvons citer la sexualité dont la pratique tient compte de certaines valeurs culturellement admises et respectées. C'est cette situation de valeurs qui amène Abelson (1986) à faire l'observation selon laquelle nos attitudes et nos croyances sont comme des possessions. Et Prentice (1987) rapporte une corrélation entre nos préférences pour des biens utilitaires (voitures, ordinateurs,...) et des attitudes de types instrumental, orientées vers l'estimation du coût et des bénéfiques, par opposition à la préférence de possession symbolique (photos, lettres de proches...) et des attitudes axées sur des valeurs abstraites (amour, justice...).

#### 2.1.6.4- La fonction de défense du soi

D'inspiration psychanalytique, la fonction de défense de soi est aujourd'hui considérée sous la rubrique du maintien de l'estime de soi (Greenwald, 1989 ; Shavitt, 1990). A cet effet, nous retenons que nos attitudes peuvent augmenter ou protéger notre estime de soi contre des menaces extérieures ou des conflits internes. Ainsi, on peut posséder des attitudes négatives à l'égard de certaines personnes non à cause de frustrations de leur part, mais comme moyen de satisfaire un besoin, de se sentir bon ou supérieur à elles. Cette situation laisse penser que les personnes qui ont une estime de soi supérieure contracteraient moins le VIH que les personnes qui ont une faible estime d'elles. Car elles ne se plieraient pas aussi vite aux exigences de rapports sexuels non protégés de leurs partenaires. Elles ont encore la priorité de pouvoir décider de leurs rapports sexuels, du lieu, de l'heure et même du comment. L'estime de soi est perdue en considération dans la lutte contre le VIH/Sida.

Parfois, l'attitude consistera en une expression incompatible avec des états intérieurs d'anxiété, permettant ainsi à l'individu de ne pas prendre conscience du danger ou risque auquel il est exposé. Par exemple, Herek (1987) observa, chez les sujets affichant des attitudes négatives envers les homosexuels, une personnalité plutôt défensive et plus d'anxiété relative à l'identité hétérosexuelle. Il nous faut préciser que les attitudes des individus vis-à-vis du VIH/Sida remplissent également quatre fonctions. Une fonction de connaissance qui renvoie à un mode de traitement de l'information sur le VIH/Sida et qui utilise l'information évaluative en mémoire pour classer le VIH/Sida en éléments favorables ou défavorables, souvent aux dépens de stratégies cognitives. La fonction d'adaptation est privilégiée par les individus à monitoring de soi élevé tandis que les individus à faible monitoring favorisent la fonction d'expression. La fonction de défense du soi contribue au maintien de l'estime de soi et par conséquent consolide la résistance à l'adoption des attitudes défavorables vis-à-vis du VIH/Sida chez certains individus.

Mentionnons toutefois que les attitudes ne sont pas unidimensionnelles. Elles se présentent comme des données complexes, parfois sujettes à des variations pas faciles à cerner de prime abord. Le contexte dans lequel se situe l'objet de l'attitude peut influencer sur cette dernière, quoique l'attitude soit considérée comme une structure psychologique rigide et difficilement modifiable. L'attitude joue un rôle de médiation entre les facteurs internes et les facteurs externes sans toutefois se réduire aux uns ou aux autres. Les explications de la notion d'attitude qui précèdent nous permettent de parler de façon explicite de sa fonction de régulation des conduites et des communications sociales et sa fonction intégrative du nouveau ou du complexe dans l'ancien. Rappelons également que l'attitude soumet les processus d'estimation, de jugement et de reconnaissance des données à une direction imposée par elle.

Notons aussi que l'attitude a une fonction énergétique ou tonique, cette fonction porte sur l'interrelation motivations – systèmes de valeurs. Il nous serait difficile de passer sous silence cette autre fonction des attitudes qui est celle de satisfaire au besoin d'appartenance à un groupe (Durandin, 1954, cité par Ebale Moneze, 2001, p.5). Ainsi, adopter une attitude spécifique au groupe, c'est en fait manifester soit son consentement à une ou certaines de ses normes, soit sa soumission audit groupe, pour le prestige ou la sécurité qu'il procure. Pour Moscovici (1986), « Les attitudes, d'une part, sont définies en tant que structures cognitives : des états d'esprit tournés vers les valeurs et des états de disponibilité organisés à travers l'expérience (...). D'autre part, les attitudes sont la colonne vertébrale de toutes les autres manifestations psychiques : perceptions, jugements et comportements » (Moscovici, 1986, cité par Ebale Moneze (2001, p.4)). Il pense également que l'attitude constitue « un

*palier qui permet le passage de la réalité sociale à la réalité psychologique* » (Moscovici, 1961, p.266).

Il faut également préciser que les attitudes sont reliées aux conduites, mais que l'établissement de cette relation requiert certaines conditions d'ordre méthodologique. Ainsi, une attitude générale assure la prédiction non pas d'une action singulière mais d'une catégorie de conduites, qui forment l'indice comportemental composite. Selon le principe de correspondance, une attitude particulière peut prédire une conduite particulière si l'attitude et la conduite sont spécifiées à l'aide des quatre marqueurs suivants : action, cible, situation, temps. Avant d'entrer plus rigoureusement dans ces différents marqueurs, attardons-nous sur la qualité de relation qui existe entre attitude et comportement et montrons si ces marqueurs peuvent également influencer la relation attitudes vis-à-vis du VIH/Sida et comportements préventifs.

### **2.1.7- Attitude et comportement : symétrie et asymétrie**

Les chercheurs se sont longtemps intéressés aux attitudes dans l'espoir de mieux expliquer le comportement. La corrélation attitude-comportement est plus envisageable lorsque l'une et l'autre se trouvent au même niveau de spécificité (Fishbein et Ajzen, 1975). Comme nous l'avons mentionné un peu plus haut, avec la présentation de la définition de l'attitude selon Allport (1935), la relation attitude- comportement est partie intégrante de la définition de l'attitude, notamment dans la composante conative. De plus, le postulat de la consistance attitude-comportement est sous jacent aux théories du changement d'attitude. L'intérêt considérable aux attitudes provient en grande partie de ce qu'elles devraient normalement permettre de prédire les comportements des individus. Il ne faut pas oublier que les attitudes ne sont pas les seuls déterminants des comportements. C'est ainsi que plusieurs études ont toutefois démontré que la relation attitude-comportement est souvent moins forte que ce que l'on avait cru autrefois.

LaPiere (1934) a analysé la relation entre le comportement de propriétaires d'hôtels et de restaurants et leur attitude envers les chinois. Il se rendit dans près de deux cents restaurants et hôtels des Etats-Unis, accompagné d'un couple chinois. Le couple fut accueilli avec courtoisie dans la très grande majorité des cas. Cependant, lorsque, quelques mois plus tard, LaPiere envoya une lettre à ces mêmes restaurateurs, leur demandant s'ils accepteraient deux chinois comme clients, il obtint dans 90% des cas une réponse négative. Il constate que l'attitude défavorable des restaurateurs et gestionnaires des hôtels américains envers les chinois n'avait donc pas influencé leur comportement (LaPiere, 1934, pp.230-237). Cette étude, toute critiquable qu'elle puisse être, fut confirmée par des recensements exhaustifs d'écrits concernant la consistance attitude-comportement (Deutscher, 1966 ; Wicker, 1969). Ils concluent qu'en moyenne, l'attitude n'expliquerait qu'environ 10% de la variable comportementale. A la même période, Mischel (1968) rassembla aussi les recherches concernant la valeur du trait de personnalité comme facteur prédictif du comportement pour conclure à la fameuse corrélation de 0,30, c'est-à-dire que la corrélation moyenne était approximativement de 0,30 entre le trait et la conduite.

Pourtant, sur le plan empirique, on retrouve des indices fiables de la validité prédictive de l'attitude au regard du comportement. Rajecki (1990) rapporte une analyse des sondages effectués par la firme Gallup de 1936 à 1984 relativement aux élections présidentielles américaines, soit 25 élections. L'écart moyen en pourcentage entre les résultats des sondages précédant immédiatement l'élection et les résultats lors des élections est de 2,1 points ; cet écart pour les cinq élections les plus récentes se rétrécit et atteint une marge de 1,2 point. Cette étude nous permet de conclure que l'attitude est indispensable



pour prédire le comportement. C'est-à-dire que connaissant l'attitude, il est possible de prédire le comportement. Cette causalité linéaire entre attitude et comportement n'est pas vérifiée dans des situations où le comportement est entièrement influencé par des variables intermédiaires entre attitude et comportement. Parmi ces situations, nous pensons aux situations dans lesquelles se manifestent les comportements sexuels. Le comportement sexuel du point de vue praxéologique suscite de nouvelles formations et élaborations attitudinales. C'est pourquoi il est facile de rencontrer des personnes qui ont des attitudes favorables vis-à-vis du VIH/Sida et qui sur le plan pratique ont des comportements à risques voire non préventifs.

Bickman (1972) questionna des sujets sur leurs attitudes quant au ramassage de papiers traînant par terre : 94 % des participants déclarent avoir des attitudes positives à cet égard. Cependant, après l'entrevue, seuls 2% d'entre eux firent l'effort de ramasser un papier déposé bien à la vue par le chercheur. Fishbein et Ajzen (1975) postulent que certains comportements ne devraient pas être considérés comme des actions uniques (*single acts*) mais comme des classes de comportement. Ainsi, l'attitude favorable ou défavorable vis-à-vis du VIH/Sida peut être appréhendée à partir des modalités telles que : abstinence- fidélité-condom. Afin de démontrer que la construction d'un indice comportemental composite (multiple act criteria) peut accroître la corrélation attitude-comportement, Fishbein et Ajzen (1975) étudièrent la prédiction du comportement religieux à partir d'échelles générales, ces échelles définissant une attitude globale, un sentiment général. Après que des sujets eurent répondu à des échelles d'attitude à l'égard de la religion, on leur demanda d'indiquer la fréquence de 100 conduites religieuses (par exemple faire une prière avant ou après le repas). La corrélation moyenne entre les points obtenus à chaque échelle d'attitude et chacune des 100 conduites est de 0,15 alors que la corrélation s'élève à 0,71 si un indice comportemental composite est créé à partir de 100 actions. Plusieurs autres recherches ont confirmé l'intérêt du principe d'agrégation des actions en un indice composite (Weigel et Newman, 1976).

Le principe de correspondance auquel Pratkanis (1989) fait allusion nous permet une fois de plus de mieux appréhender la corrélation entre attitude et comportement. Selon Pratkanis, il est possible d'identifier un schème attitudinal à la base de l'attitude. Les divers éléments d'information constitutifs de ce schème peuvent être considérés comme des composantes situées de part et d'autre d'un continuum allant du particulier au général ou à l'abstrait. Ainsi les sentiments mesurés par les échelles classiques d'attitude, qui sont souvent très générales, exigent une mesure générale qu'un indice comportemental composite tente de refléter avec le plus d'exactitude possible.

Il s'agit d'une correspondance attitude générale – comportement général. En ce qui concerne le Sida, il serait difficile d'identifier les attitudes générales et les comportements généraux. Etant donné que l'objet de l'attitude requiert un arsenal d'attitudes, il est difficile d'avoir une attitude générale vis-à-vis du VIH/Sida. Certaines personnes peuvent avoir des attitudes favorables pour l'abstinence et défavorables pour la fidélité de même pour le préservatif. Il serait difficile de parler dans ce cas précis des attitudes générales ou des comportements généraux. Notre travail insistera sur les corrélations entre attitudes vis-à-vis du VIH/Sida et port du préservatif. Nous voudrions bien savoir qu'elle est la nature de cette corrélation et les facteurs psychologiques qui peuvent justifier le clivage entre attitude vis-à-vis du port du préservatif et port effectif du préservatif.

Nous savons très bien que selon Fishbein et Ajzen (1975), l'extension de ce cas constitue le principe de correspondance : les composantes prédictives du comportement (attitude ou croyance, ou intention, etc.) et le comportement prédit devraient être mesurés à

des niveaux correspondants de spécificité. L'application de ce principe requiert de préciser les niveaux de correspondance attitude – comportement à l'aide de quatre marqueurs : une action (porter le préservatif), une cible (pour se protéger du VIH/Sida), une situation (pendant les rapports sexuels) et le temps (pendant les trois prochains mois). A cette fin, Fishbein et Ajzen (1975) ont recensé 109 études qui rapportent les analyses de 142 relations attitude – comportement. Les résultats confirmèrent les avantages de l'application du principe de correspondance : les corrélations importantes attitude-comportement se retrouvaient parmi les recherches en accord avec le principe de correspondance. Cette conclusion fut aussi corroborée par les recherches les plus récentes d'Ajzen (1988). En conséquence, plus les quatre marqueurs de la mesure de l'attitude sont semblables aux marqueurs du comportement, plus la relation attitude – comportement sera solide. A la suite du principe de correspondance, nous allons nous intéresser au principe du comportement prototypique.

D'après le principe du comportement prototypique, certains objets déclenchent plus facilement que d'autres une réaction attitudinale. Cette situation s'observe particulièrement lorsque nous sommes en présence d'objets représentatifs d'une classe d'objets. Par exemple, une attitude à l'égard d'une minorité ethnique est susceptible d'une activation rapide et automatique lorsque nous interagissons avec un membre qui nous apparaît comme un représentant type de cette minorité. Lord, Lepper et Mackie (1984) ont montré que les attitudes d'étudiants envers des personnes décrites comme des homosexuelles ne prédisaient leur comportement vis-à-vis des homosexuels que si les homosexuels correspondaient avec le prototype que l'étudiant possédait de l'homosexuel typique, dans la mesure où dès qu'un individu homosexuel différait du prototype, la relation attitude-comportement n'était plus consistante.

Par conséquent, lorsqu'il s'agit d'un objet d'attitude portant sur des groupes, il peut être avantageux d'analyser, au préalable, la représentation que l'échantillon cible s'en fait. Dans l'étude de LaPiere (1934), il y a fort à parier qu'il existait un écart appréciable entre la représentation du chinois type imaginé par les hôteliers lors de la réception de la lettre et l'image du couple affable qui se présenta sur les lieux. Ce que nous pouvons dire à partir de tout ce qui précède est qu'il existe un grand écart entre les attitudes et les comportements. Il est aussi vrai que ces auteurs n'expliquent pas, ne justifient pas les raisons de cet écart. Notre travail permettra non seulement d'expliquer et de questionner les causes de ces différents écarts, mais aussi de montrer qu'il y a une grande différence entre l'attitude et la pratique et que de l'axe épistémologique à l'axe proxéologique l'attitude subit une nouvelle formation, modification, structuration.

Afin de dénouer l'épineux dilemme de la consistance, des chercheurs explorèrent l'approche des autres variables, c'est le cas par exemple de Wicker (1971). En effet, malgré les améliorations d'ordre méthodologique, il est plausible que des facteurs puissent contrecarrer le passage à l'acte impliqué par une attitude. Par exemple, des adolescents peuvent se déclarer favorables à l'usage du préservatif mais en être empêchés pour des raisons psychosomatiques. De même certains adolescents peuvent pratiquer l'abstinence sexuelle qu'ils abhorrent à cause de l'ignorance d'autres moyens de protection. Ce qu'il faut retenir est que : les pressions sociales peuvent inciter à des conduites, pratiques, comportements en discordance avec les attitudes. On peut adorer le préservatif et ne pas l'utiliser parce que le partenaire préféré le réprouve. Une attitude vis-à-vis d'une minorité ethnique, mesurée à l'aide du pipeline bidon, sera peu annonciatrice de discrimination dans une discussion de groupe. Nous constatons également que parfois, il doit s'agir d'attitudes

en concurrence : la santé constitue une valeur prioritaire, mais l'usage du préservatif paraît pénible.

Deux autres approches théoriques permettent de poser systématiquement l'influence des facteurs autres que l'attitude sur la prédiction du comportement. La première de ces approches traite les autres facteurs comme des variables modératrices ; la deuxième approche porte sur des modèles intégrés de l'attitude avec d'autres facteurs. La théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) a été l'un des premiers modèles à proposer une intégration de facteurs additionnels à l'attitude en vue de prédire le comportement.

Dans la même optique, il serait indispensable d'examiner également la contribution d'Ajzen (1985, 1987). L'approche des variables modératrices, étudiée par Baron et Kenny (1986), stipule qu'une variable modératrice représente une variable qui influe sur la direction ou sur l'intensité de la relation entre une variable prédictive ou indépendante et une variable critère ou dépendante ; il s'agit donc d'une prédiction du comportement, nous avons vu un peu plus haut que des traits de personnalité prédisposent certains individus à manifester une relation consistante entre l'attitude et le comportement, et d'autres individus à présenter une relation instable entre ces mêmes éléments, et ce peu importe le domaine comportemental étudié. Dans cette optique, l'examen de deux traits généraux de personnalité : la conscience de soi, dans ses dimensions du soi privé et du soi public (Fenigstein, Scheier et Buss, 1975), et le monitoring de soi (Snyder, 1974) s'avère indispensable pour mieux cerner l'influence des variables modératrices sur le comportement.

La conscience de soi est une caractéristique dispositionnelle à prêter attention au soi dans diverses situations, d'où des variations parfois chroniques des individus dans leurs styles d'attention vis-à-vis du soi. Elle assure de ce fait le processus de régulation du comportement, dans la mesure où l'individu centre son attention sur certains aspects saillants de soi. Les dimensions privées et publiques de la conscience de soi permettent différentes prédictions de consistance entre les attitudes et le comportement. De façon plus particulière, la conscience du soi privé selon ces auteurs renvoie aux cognitions, attitudes et besoins intérieurs, les sujets dont le degré de conscience du soi privé est élevé révèlent une attention plus intense vis-à-vis de leurs dispositions à l'action.

D'une manière empirique, ils présentent une plus grande consistance dans les attitudes selon divers contextes et une plus grande correspondance entre les attitudes et les comportements (Carver et Scheier, 1981). La conscience du soi public a trait au soi socialement visible, à la présentation sociale du soi. Dans cette approche, les sujets possédant une cote élevée à l'égard du public se perçoivent selon la perspective des autres. Comme ils sont donc plus sociables, plus fréquemment en interaction avec les autres et plus exposés aux jugements d'autrui, il en résulte une tendance manifeste à la conformité aux normes et standards contextuels (Tunnel, 1984). C'est dans ce sens que les sujets dont le score pour le soi public est élevé se révèlent plus susceptibles de modifier leur comportement pour le rendre conforme aux normes et opinions des autres, d'où une faible relation attitude – comportement (Carver et Scheier, 1981). Il est vrai que la conscience de soi est une variable explicative de l'adoption d'un comportement prédit. Il est aussi vrai que le soi privé ou public fascinent la perception et les représentations des individus et sont susceptibles d'ébranler le fonctionnement psychologique assigné à la production du comportement sexuel. Ces processus de l'influence sociale sont également à prendre en considération dans la compréhension de la relation attitude vis-à-vis du VIH/Sida et port du préservatif.

Mais il ne faudra pas perdre de vue que la conscience à laquelle font allusion Fenigstein et ses collaborateurs n'est qu'une dimension épistémologique de l'attitude et

nous avons déjà eu à présenter les limites de la composante cognitive dans la production du comportement attitudinal surtout lorsqu'il s'agit de sexualité. C'est pourquoi nous n'avons pas jugé nécessaire, de centrer notre approche sur la conscience de soi ou sur les traits de personnalité même si cette approche nous permet de mieux appréhender l'influence du social dans la relation attitude – comportement. Cette influence est beaucoup plus présente pendant les rapports sexuels entre les partenaires où le degré de conscience de soi d'un partenaire peut ébranler celui d'un autre.

Quant au monitoring de soi, il consiste en une capacité d'auto observation et d'auto contrôle des comportements verbaux et non verbaux en fonction des indices situationnels (Snyder, 1974). Puisque les sujets à monitoring de soi élevé sont pragmatiques, allant d'une situation à l'autre à la manière d'un caméléon, et que les individus à faible monitoring de soi guident leur comportement à partir de leurs valeurs, leurs attitudes et leurs convictions personnelles, il en résulte que la consistance attitude – comportement se trouve davantage présente chez les sujets à faible monitoring de soi (Snyder et Kendzierski, 1982 ; Snyder et Swann, 1976).

Cependant, cet effet modérateur du monitoring de soi, malgré sa constance, s'avère d'une intensité modérée (O'keefe, 1990). Pour en accroître l'efficacité, Zanna, Olson et Fazio (1980) ont étudié le monitoring en conjonction avec la variabilité comportementale. La variabilité, ici, représente une propriété décrivant la flexibilité du comportement passé (variabilité forte) ou sa stabilité (variabilité faible) vis-à-vis d'un objet d'attitude. Ces auteurs observent que le monitoring et la variabilité constituaient les propriétés indépendantes : les individus à monitoring faible ne révèlent pas nécessairement moins de variabilité dans leurs conduites que les sujets à monitoring élevé. Toutefois, les résultats indiquèrent une forte consistance attitude – comportement chez les sujets qui étaient en même temps de faible variabilité comportementale et de monitoring peu élevé.

Deux observations sont de mise en guise de conclusion pour cette brève incursion dans les variables modératrices. Tout d'abord, comme le signale Ajzen (1988), sur le plan empirique, cette piste de recherche ne s'est pas révélée très fructueuse ; de façon générale, les relations obtenues sont plutôt ténues. En revanche, sur le plan de la compréhension théorique, cette recherche a fait ressortir le rôle central de la propriété d'accessibilité à l'attitude dans la prédiction de la conduite (Fazio, 1989). L'approche des variables modératrices visait à spécifier les facteurs, c'est-à-dire les autres variables qui augmentent l'influence prédictive de l'attitude. Or, les variables modératrices qui contribuent à la consistance attitude – comportement, à l'instar d'autres facteurs déjà mentionnés un peu plus haut, favorisent également l'accessibilité à l'attitude. A cet effet, comme le suggère Oskamp (1991), une consistance attitude – comportement est plus probable lorsque l'objet d'attitude évoque des valeurs centrales ; l'expérience avec l'objet a été directe plutôt que vicariante ; l'objet d'attitude s'apparente au prototype plutôt qu'aux membres peu caractéristiques d'un groupe ; les participants détiennent un degré élevé de la conscience de soi privé et les sujets manifestent un monitoring de soi peu prononcé. Le constat que nous pouvons faire est que ces observations partagent un commun dénominateur : plus une attitude est accessible, plus elle est prédictive de la conduite. Il faut également mentionner que l'apport de ces auteurs dans la compréhension des facteurs qui consolident l'attitude et garantissent la production du comportement prédit n'est plus à démontrer.

Cependant, ces auteurs, une fois de plus ne présentent pas ou n'expliquent pas clairement comment une attitude ayant un degré d'accessibilité très élevé n'arrive pas à prédire la conduite escomptée. Ces recherches nous permettent de comprendre comment se structurent les attitudes et combien ces dernières doivent être armées pour pouvoir

prédire un comportement, une conduite. A la suite de ces travaux, nous comptons mettre en évidence les relations attitude et comportement, et justifier les clivages entre eux malgré les degrés d'accessibilité, de prédiction extrêmement favorables.

Dans la section sur la formation des attitudes, nous avons déjà abordé l'approche de Fishbein (1967) à partir du modèle de la composante croyance – évaluation de l'attitude. Plus tard, Fishbein et Ajzen (1975) ; Ajzen; Ajzen et Fishbein (1980) ont intégré cette composante dans un modèle élargi de prédiction du comportement : il s'agit de la théorie de l'action raisonnée. Cette théorie est aussi fondée sur le postulat selon lequel l'attitude dérive des croyances (raisons) et de l'information disponible, sans pour autant impliquer que les gens effectuent une analyse systématique et judicieuse de toute cette information. Selon Fishbein (1980), la majorité des conduites sociales qui intéressent les spécialistes des sciences sociales relèvent d'un contrôle volontaire. Toutefois, le modèle de l'action raisonnée vise bien aussi la prédiction et l'explication de la plupart des comportements sociaux à l'aide d'un nombre limité de construits théoriques insérés dans une « chaîne causale » (Ajzen, 1989) de relations logiques.

Le construit central de la théorie de l'action raisonnée est l'intention comportementale. Se situant à un niveau intermédiaire d'abstraction entre les conduites observables et les concepts hypothétiques comme les attitudes et les normes, l'intention reflète les facteurs motivationnels qui mènent à l'action. Elle indique l'intensité de la volonté pour l'accomplissement des actions requises afin d'atteindre des buts précis. En conséquence, la théorie considère l'intention d'effectuer ou non un comportement comme le « déterminant immédiat » de ce comportement (Fishbein, 1980). L'intention comportementale constitue donc le seul construit de la théorie pour prédire l'action.

Deux construits clés agissent comme déterminants de l'intention : l'attitude vis-à-vis du comportement et la norme subjective. Conformément aux modèles courants de la représentation et de la structure des attitudes, l'attitude consiste en l'évaluation favorable ou défavorable d'un individu à l'égard d'un objet donné, excepté que chez Ajzen et Fishbein, l'objet particulier d'attitude est l'accomplissement ou non d'un comportement. Ainsi l'attitude ne représente un élément annonciateur d'un comportement que dans la mesure où elle influe sur l'intention de façon indirecte. Le second déterminant de l'intention évoque une causalité plus sociale que celle de l'attitude. En effet, la norme subjective reflète la perception de l'individu relativement aux pressions sociales saillantes (les parents, amis, partenaires, etc.) ressenties quant à l'exécution d'un comportement.

Nous avons montré dans une étude récente que l'« environnement social » (parents, frères, sœurs, amis, pairs, partenaires, vedettes, stars, leaders, etc.) influe sur la formation des attitudes des adolescents vis-à-vis du VIH/Sida (Noumbissie, 2004). Cet « environnement social » n'avait pas été toutefois abordé comme norme subjective, mais comme déterminant de l'attitude ou de l'intention.

A leur tour, l'attitude et les normes sont constituées de deux ensembles de croyances qui se mesurent séparément. Ainsi l'attitude est conceptualisée selon le modèle générique de la valeur de l'attente (*expectancy – value models*). A cet égard, l'attitude quant à l'accomplissement d'une action est fonction des attentes ou des croyances relatives aux résultats prévus de l'exécution du comportement ainsi que de la valeur accordée à ces conséquences. L'individu qui a la possibilité d'accomplir une action possède plusieurs croyances sur les conséquences que peut entraîner l'exécution de cette action. Ces croyances sont autant d'hypothèses sur la probabilité que telle conséquence soit associée à l'action donnée. De plus, l'individu évalue qualitativement chacune de ces croyances en lui attribuant une valeur subjective, ce qui constitue l'évaluation. C'est donc la somme de

toutes ces croyances, multipliées par leurs évaluations respectives, qui constitue l'attitude à l'égard de l'accomplissement d'une action donnée. Fishbein (1980) représente la relation multiplicative entre croyances et valeurs par l'équation suivante :

$$A_{act} = \sum_{i=1}^n b_i \times e_i$$

Où :  $A_{act}$  = attitude quant à l'accomplissement d'une action ;

$b_i$  = croyance que l'action va aboutir à la conséquence  $i$  ;

$e_i$  = évaluation favorable ou défavorable de la conséquence  $i$  ;

$n$  = nombre de croyances au sujet de l'action.

La norme subjective attachée à l'accomplissement de l'action cible comme nous le constatons est fonction : a) des croyances que possède l'individu selon lesquelles des personnes ou des groupes de personnes importantes attendent un comportement donné de sa part et b) de sa motivation à se soumettre à ces attentes. Selon Fishbein et Ajzen (1975), l'individu croit non seulement que certaines conséquences sont associées à l'accomplissement d'une action, mais également que certaines personnes ou groupes de personnes attendent de lui un comportement précis en relation avec cette action. Le poids de ces attentes, l'importance que leur accorde l'individu vont influencer sur son intention d'accomplir ou non l'action donnée. C'est en mesurant sa motivation à se soumettre à ces attentes qu'on va pouvoir le mieux juger de cette influence. Dans cette logique, c'est la somme de toutes ces croyances normatives, multipliées par la motivation à se soumettre à chacune d'elle, qui constitue la norme subjective attachée à l'accomplissement d'une action précise. La relation multiplicative entre attente et motivation à se soumettre est représentée par l'équation suivante :

$$NS = \sum_{i=1}^n NB_i \times MC_i$$

Où : NS = norme subjective

$NB_i$  = croyance du sujet selon laquelle la personne ou le groupe de référence  $i$  pense qu'il devrait ou ne devrait pas accomplir l'action donnée.

$MC_i$  = motivation du sujet à se soumettre aux attentes de la personne ou du groupe de référence  $i$  ;

$n$  = nombre de personnes ou de groupes de référence.

Finalement, la relation additive entre les deux composantes du modèle, c'est-à-dire l'attitude et la norme subjective est représentée par l'équation qui suit :

$$B \approx I = W_1 A_{act} + W_2 SN$$

Où : B = comportement manifeste;

I = intention comportementale;

A<sub>act</sub> = attitude quant à l'accomplissement d'une action ;

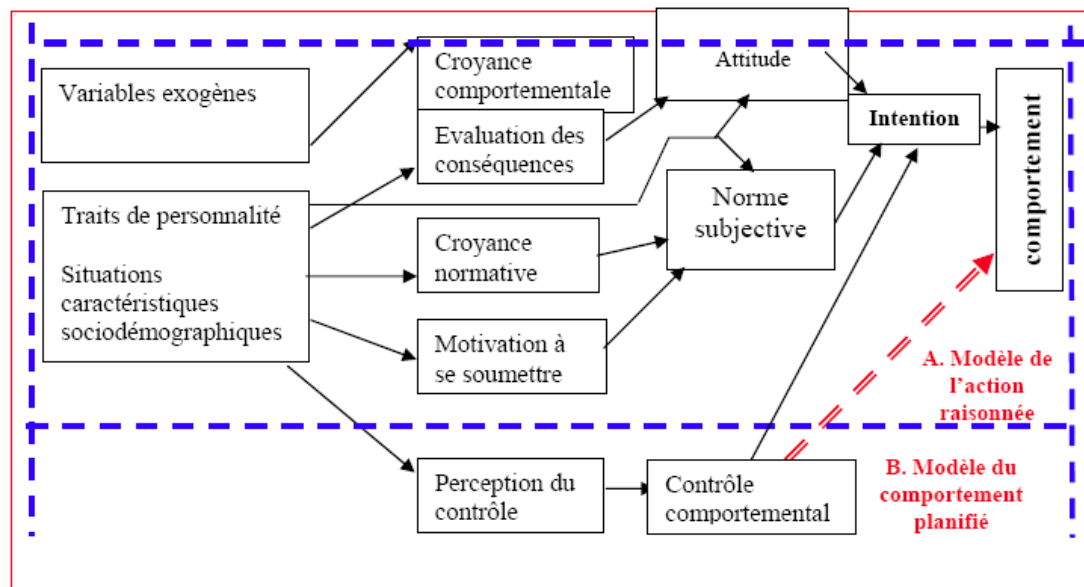
NS = norme subjective ;

W<sub>1</sub> W<sub>2</sub> = pondérations déterminées de façon empirique.

Pour Ajzen et Fishbein (1980), seules les composantes du modèle dites endogènes influent directement sur l'intention et, par le fait même, sur le comportement. Selon la théorie, l'intention comportementale est sous l'influence immédiate des composantes de l'attitude et de la norme subjective, qui, toutes deux, se trouvent sous l'influence des composantes qui les constituent, c'est-à-dire les croyances et l'évaluation des conséquences pour l'attitude, les croyances normatives et la motivation à se soumettre pour la norme subjective. Ainsi, l'attitude doit être traduite en intention afin d'exercer une influence sur la conduite.

De façon générale, l'intention d'effectuer un comportement sera en relation directe avec la sommation des produits des croyances, multipliées par leur évaluation, ainsi qu'avec la sommation des produits des croyances normatives (NB) multipliées par la motivation à s'y conformer. Toutefois, la théorie postule que l'importance relative des deux facteurs dépend de la nature du comportement cible. Par conséquent, pour certaines intentions, la composante de l'attitude ou de la norme sera prédominante ; dans d'autres situations, les deux composantes peuvent contribuer à la production de l'intention de façon égale. La valeur explicative de la théorie est augmentée par la possibilité d'assigner empiriquement des pondérations (coefficients de régression) aux deux déterminants de l'intention.

Certaines variables extérieures au modèle peuvent également influencer sur l'intention d'agir mais de façon indirecte, par le biais des autres composantes du modèle. Ces variables agissent sur l'intention et sur le comportement par l'effet qu'elles exercent sur les croyances, sur l'évaluation des conséquences, sur les croyances normatives, sur la motivation à se soumettre et sur le poids relatif des composantes de l'attitude et de la norme subjective (W<sub>1</sub> et W<sub>2</sub>). Cette aptitude des facteurs prédictifs endogènes du modèle à médier les effets de variables externes constitue le postulat de suffisance. Parmi ces variables externes se retrouvent des traits de personnalité, des données sociodémographiques (sexe, âge, éducation), le comportement antérieur ou l'habitude. La figure ci-dessous illustre la configuration des composantes du modèle de l'action raisonnée.



A : Adapté de Fishbein et Ajzen (1975).

B : Adapté d'Ajzen (1987).

**Figure 7: Synthèse du modèle de l'action raisonnée et du modèle du comportement planifié.**

Une récente méta-analyse sur 87 études (Sheppard, Hartwick et Warshaw, 1988) démontre que de nombreuses recherches empiriques ont confirmé la robustesse du modèle de Fishbein et Ajzen. En fait, plus, il y a correspondance entre l'intention et le comportement pour ce qui est de l'action, de cible, du contexte et du temps, plus la probabilité que l'intention soit corrélée avec le comportement est élevée (Ajzen et Fishbein, 1980). Toutefois, certaines difficultés demandent encore à être résolues. Ainsi la définition opérationnelle de l'intention et de son rôle suscite des interrogations. Selon Fishbein et Stasson (1990), le concept d'intention doit se rapprocher de la notion de désir (« je veux ») plutôt que d'une prédiction probable de la conduite (Self-prediction). De plus, des recherches de Bentler et Speckart (1979) ; de Fredrick et Dossert (1983) ont établi que l'attitude peut exercer une action causale directe sur le comportement, sans l'intermédiaire de l'intention : ces résultats suggèrent la nécessité d'études futures afin de préciser les conditions qui garantissent à l'intention son rôle médiateur (Bagozzi et Yi, 1989).



Une autre difficulté porte sur le postulat d'indépendance de l'attitude et de la norme subjective. Dans cette optique, Vallerand (2006), dans l'application du modèle de l'action raisonnée à la prédiction du comportement moral dans le sport, ont confirmé les résultats d'études antérieures concernant la présence d'une corrélation significative entre les deux facteurs prédictifs. Bien que la présence d'une telle corrélation ne soit pas alarmante, tant pour les analyses statistiques (Bagozzi, 1981) que pour la théorie (Fishbein et Ajzen, 1981), on recense des recherches où la norme subjective est plus en corrélation avec l'attitude qu'avec l'intention (Warshaw, 1988). De plus, les croyances comportementales sous-jacentes à l'attitude et les croyances relatives aux attentes sociales sous-jacentes à la norme subjective se sont parfois révélées des croyances similaires sous des formes syntaxiques différentes. Or, Vallerand a également mis en relief que les croyances normatives prédisent autant l'attitude que la norme subjective. Un tel effet croisé n'a pas été prévu par la théorie de Fishbein et Ajzen. Précisons toutefois que ces trois considérations prises ensemble constituent un problème théorique.

Le consensus est passablement acquis, relativement à la robustesse de la théorie de l'action raisonnée en vue de prédire le comportement volontaire. Mais qu'arrive-t-il lorsque le comportement cible n'est que partiellement volontaire comme avec des actions en vue de perdre du poids ou d'obtenir une bonne mention à un examen scolaire ? Afin de rendre compte des déterminants qui échappent à la volonté, Ajzen (1985, 1987) a proposé la théorie du comportement planifié, ce qui ajoute une variable prédictive au modèle de l'action raisonnée.

Ce facteur, comme nous l'avons présenté un peu plus haut est le contrôle comportement perçu. Il reflète l'expérience passée, les obstacles et les barrières ressenties face à la réalisation de l'action cible. En conséquence, plus l'attitude et la norme subjective seront favorables à un comportement et plus grande sera l'impression de contrôle quant à ce même comportement, plus l'intention d'agir sera forte. Il s'avère donc que le comportement soit prédit par l'intention. Mais la question reste, toutefois, celle de savoir : Quel rôle peut exercer le facteur du contrôle perçu, en particulier, si cette impression de contrôle s'avérait irréaliste ?

Il peut arriver que le sujet puisse sous-estimer les barrières menant à l'accomplissement d'un acte. Dans cette veine de pensée, Beale et Manstead (1991) ont étudié chez des mères, l'intention de limiter le sucre dans les régimes pour bébés. Les résultats indiquent qu'une mère qui a élevé plusieurs enfants affiche une impression de contrôle moins élevée vis-à-vis de l'intention de limiter l'ingestion de sucre chez son dernier-né qu'une mère primipare. La contribution d'un contrôle comportemental perçu peu réaliste sera donc négligeable dans la prédiction de la conduite.

Nous constatons que malgré sa nouveauté, la théorie du comportement planifié suscite plusieurs questions. Les résultats de ces recherches indiquent une augmentation du pourcentage d'explication de l'intention d'agir ; par contre, les résultats sont plus mitigés au regard du comportement. Toutefois, une autre recherche portant sur l'obtention d'une bonne mention (note A) chez les étudiants démontre clairement l'efficacité de la théorie du comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986), en fonction tant de l'intention que de la conduite. Bref, le premier bilan concernant la théorie du comportement planifié est encourageant, mais, comme le soulignent Fishbein et Stasson (1990), le concept du contrôle comportemental perçu devra être opérationnalisé avec plus de précision avant que sa contribution définitive soit évaluée. Taylor et Todd (1995) affirment que les intentions sont les meilleurs déterminants directs de l'adoption d'une innovation ou d'une technologie. Mentionnons aussi qu'en 1987, Lepper et Malone rapportent que plusieurs recherches

sur l'interaction ordinateur/utilisateur indiquent que la raison fondamentale pour laquelle les individus trouvent les jeux d'ordinateur très attirants et captivants est le sentiment de contrôle que ces jeux offrent aux usagers. Ce sentiment de contrôle provient de l'équilibre que l'individu trouve entre les défis de l'interaction et ses compétences personnelles. En effet, si les défis sont supérieurs aux compétences, alors l'individu aura le sentiment de perdre le contrôle de la situation.

Tout récemment, Gharbi, Ayari et Ben Achour (2000) ont mené une étude sur la relation entre les traits de l'individu, l'émotion et la confiance dans le site. Les résultats montrent que les deux dimensions de la confiance agissent positivement sur l'intention d'utilisation du site. De même, les résultats montrent que la dimension de la confiance honnêteté / fiabilité est influencée positivement par les trois dimensions de l'émotion. Par contre, la dimension altruisme n'est influencée que par le plaisir. Le caractère non réfléchi de l'impulsivité n'a aucun impact significatif sur l'état émotionnel vécu lors de la visite du site. Par contre, son caractère émotif augmente la stimulation et réduit la dominance. La sensibilité à la marque agit positivement sur le plaisir et la dominance. Toutefois, son impact sur la stimulation est négatif. Enfin, le besoin de précision n'a aucune influence significative sur les dimensions de l'émotion.

Nous avons déjà évoqué la difficulté de vérifier la relation entre attitude et comportement. Parmi les nombreuses explications avancées par la communauté des chercheurs, l'éloignement entre l'objet attitudinal et le comportement, l'intention d'agir et l'action, nous paraît constituer une problématique majeure en psychologie. Toutefois, la validité prédictive de la relation attitude-comportement reste incertaine et varie en fonction du comportement prédit, des circonstances, du temps et des traits de chaque individu. En effet, un adolescent peut très bien développer une attitude favorable, voire très favorable envers le préservatif sans que ceci n'entraîne pour autant son usage occasionnel ou régulier. En réunissant ces différents apports dans l'explication de la relation attitude-comportement, nous comprenons la difficulté théorique et méthodologique qu'ont les auteurs à pouvoir expliquer le comportement par l'attitude ou l'attitude par le comportement. La relation prédictive entre attitude et comportements en dépit de nombreuses recherches menées dans cet espace scientifique demeure flexible et complexe. Il est toujours très difficile de prédire un comportement.

Cette situation peut être due au caractère imprévisible de l'être humain qui est, selon l'appellation scientifique, un « système ouvert ». Cette ouverture de l'individu le soumet dans une gestion permanente de variables qui précèdent la production d'un comportement. Ces variables que nous avons nommées « variables intermédiaires », peuvent changer radicalement la position psychologique d'un individu vis-à-vis d'une situation et entraîner la manifestation d'un comportement contre attitudinal. De même, les auteurs qui ont tenté d'explorer la relation attitude-comportement sont conscients que leurs modèles théoriques souffrent de la flexibilité et de la complexité de l'être humain. Nous n'avons pas la prétention de résoudre ce problème qui est un réel obstacle pour l'épanouissement et la pertinence des études y relatives. Nous pensons que nos résultats apporteront un pan nouveau dans l'adoucissement de cette complexité et ouvriront de nouvelles pages de recherches en psychologie sociale.

Le poids de l'attitude dans la détermination du comportement peut être variable, selon que l'attitude est ou non mentalement accessible au moment de l'acte. Ce phénomène est courant dans la détermination des attitudes des adolescents vis-à-vis du VIH/Sida. Cette réalité acquise qu'est l'attitude joue un rôle de médiation entre les facteurs internes et les facteurs externes sans toutefois se réduire aux uns et aux autres. Elle n'est pas

d'emblée un comportement, elle est un organisateur de comportement et une conduite symbolique préparant l'action par anticipation, elle permet également d'orienter et de soutenir le comportement. Dans le cadre de notre étude, nous considérons l'attitude dans sa dimension prédictive, c'est-à-dire comme intention d'agir et nous restons fidèle aux principes fondamentaux de la théorie du comportement planifié d'Ajzen et Fishbein, que nous allons critiquer et corriger afin de l'adapter à l'essence scientifique de notre modèle théorique pour mieux expliquer la résistance au changement de comportement sexuel chez les adolescents. Toutefois, avant d'y parvenir, attardons-nous un instant sur le concept de comportement dont la complexité n'est plus à vérifier.

### 2.1.8- Comportement comme action

L'action de prime abord est l'objet de la praxéologie, elle désigne un agencement de moyens pour atteindre une fin ; c'est aussi la manifestation de la volonté humaine, étant admis que par « volonté » on désigne simplement la faculté qu'a l'homme de choisir, de préférer l'un des termes d'une option, de rejeter l'autre, et d'adopter une conduite conforme à la décision prise en faveur du terme choisi. L'action se décrit par deux caractères : elle est consciente, elle est efficace. Consciente, disons-nous pour abrégé ; car il eût été préférable de la dire « *procédant de la conscience* », l'acte réflexe n'étant pas une action proprement dite : l'agent le subit comme un donné. Efficace, car exprimer des vœux, des espérances, projeter un acte, ce n'est pas agir, sauf toutefois si espoir et projet contribuent à une action exécutée. Nous pouvons induire que l'efficacité soit critère d'action. Dans certaines circonstances particulières, il peut arriver qu'une parole suffise à constituer l'action, l'oisiveté même en un sens, est l'action, car des trois termes « faire A », « faire B », « ne rien faire », chacun contribue, s'il est actualisé, à modifier le cours des événements.

L'action est donc un comportement intentionnel ; elle est réponse donnée par l'ego aux conditions de son environnement, mais c'est une réponse adaptative consciente, contrairement au réflexe ou à l'acte instinctif, qui sont des réponses adaptatives aussi, mais sans que la conscience intervienne autrement que spectatrice. Or, pour qu'un homme agisse dans une situation concrète donnée, il faut qu'il ait la puissance d'agir : il y a des présupposés de l'action humaine. Ils sont au nombre de trois, que l'on peut mettre en relief par une facile expérimentation mentale : dans un univers où l'individu serait toujours parfaitement content de son sort, aucun acte n'aurait sa raison d'être puisqu'il aurait pour effet le passage à une moindre satisfaction ; un individu existant dans un tel monde ne souhaiterait rien, ne désirerait rien, n'agirait pas. Ce qui suscite l'action, c'est donc la conscience de quelque malaise, que fera disparaître l'action. Cette première condition en appelle tout de suite une autre, car si l'individu qui ressent le malaise n'avait pas l'image d'un état différent possible, état de moindre malaise ou de plus grande satisfaction, il n'agirait pas non plus. Enfin, s'il ne se représentait pas clairement le pouvoir de son action, il n'agirait pas plus que le sage antique croyant au fatum. Conscience d'une moindre satisfaction, conscience de la possibilité d'une satisfaction plus grande, conscience enfin d'une efficacité au moins possible de l'acte qu'il envisage, tels sont les trois présupposés permettant de définir un *homo agens*, tout au moins un homme capable d'agir. Le comportement sexuel auquel nous nous intéresserons dans notre étude – *le port du préservatif* répond d'une manière où d'une autre à ces trois présupposés, étant donné que le port du préservatif relève lui aussi de l'intention et n'est pas un comportement réflexe mais plutôt une action.

### 2.1.9- De l'intention au comportement

Le behaviorisme strict rejetait la notion d'intention (intentionnalité) et lui déniait toute valeur d'explication causale. L'intention a refait surface dans la psychologie contemporaine. Dans les situations sociales, les imitations précoces, les gestes ou postures d'offrande, les désignations naturelles paraissent indiquer l'intention de communiquer. En psychologie cognitive, l'intention exprime le caractère finalisé des comportements. Ce qui veut dire que l'émetteur connaît l'effet de ses actions sur le comportement du destinataire.

Au cours des dernières années, plusieurs travaux ont visé à identifier et à mieux comprendre les facteurs psychosociaux qui permettent de prédire les comportements liés à la santé. Pour ce faire, différentes théories psychosociales, telles que la théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980), la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1980), la théorie sociale cognitive (Bandura, 1982), et la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988, 1991) ont été régulièrement appliquées. Ces travaux ont contribué à valider l'application des théories susmentionnées pour l'étude de comportements sociaux liés à la santé (Godin et Koh, 1996). Il ressort toutefois que ces modèles, pris isolément, ne permettent pas de cerner toute la complexité des comportements étudiés. L'examen détaillé des résultats de la recherche en ce domaine suggère cependant qu'une combinaison des modèles pourrait s'avérer efficace pour prédire et expliquer les comportements liés à la santé (Godin et Koh, 1996).

Selon la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1980), le comportement résulte de trois facteurs, soit l'intention d'adopter le comportement, l'habitude et la présence de conditions facilitant ou empêchant l'adoption du comportement. L'intention est l'expression de la motivation à adopter le comportement alors que l'habitude est le degré d'automatisme d'un comportement dans une situation donnée. Dans notre étude, l'habitude fait référence au fait que les personnes ont déjà réalisé le comportement (le port du préservatif) par le passé. Les conditions facilitant ou empêchant l'adoption du comportement incluent des circonstances qui rendent plus ou moins difficile l'adoption du comportement chez un individu.

Quatre facteurs principaux définissent l'intention : les composantes cognitives et affectives de l'attitude, les croyances normatives, les croyances en l'existence de rôles sociaux spécifiques et les convictions personnelles (normes morales). La composante cognitive de l'attitude est le résultat d'une analyse subjective des avantages et des désavantages qui résulteraient de l'adoption du comportement. L'individu traduit en croyance un certain nombre de conséquences avantageuses et désavantageuses provoquées par l'adoption d'un comportement. La dimension affective est la réponse émotionnelle d'une personne à la pensée d'adopter un comportement donné.

Par exemple, une personne pourrait décider de ne pas consentir au port du préservatif parce que cette pensée susciterait trop d'anxiété chez elle. Il s'agit par exemple des personnes qui ont des perceptions et représentations défavorables du préservatif et celles qui ont des problèmes psychosomatiques (impuissance) suscité par le préservatif ou le port du préservatif. Les croyances normatives sont celles d'un individu concernant les chances qu'une personne significative pense qu'il devrait adopter ou non le comportement. La croyance en l'existence de rôles sociaux désigne le degré auquel une personne perçoit qu'il est approprié de réaliser le comportement pour des individus occupant une position similaire à la sienne dans la structure sociale. Les convictions personnelles (variables qui réfèrent au concept de normes morales dans la littérature anglophone) mesurent le sentiment d'obligation personnelle quant à l'adoption du comportement. Ce facteur se réfère aux règles de conduites personnelles ou, en d'autres termes est en accord ou non avec ses principes. De plus, les convictions personnelles se distinguent de la croyance normative.

Elles ne dépendent pas de la perception de ce que pensent les autres, mais plutôt des principes personnels en regard du comportement, dans la mesure où une personne valorise la vie, par exemple, elle sera davantage encline à porter un préservatif. Mais dans les sociétés africaines où la vie reste un réel calvaire pour certains, il est difficile qu'ils la valorisent et par conséquent ils n'adoptent pas les comportements préventifs.

Plusieurs auteurs à l'instar d'Armitage et Conner (2001), Sheeran (2002), Godin et Kok (1996) ont démontré que la relation intention-comportement était influencée par certaines variables dites modératrices. En conséquence, des personnes endossant fortement ou non l'une ou l'autre de ses variables modératrices présentent une relation intention comportement plus ou moins forte. La connaissance de cet effet permet donc d'ajuster les stratégies d'information subséquentes de manière appropriée. Dans le cadre de notre étude, nous assimilerons parfois ces variables modératrices à ce que nous appelons variables intermédiaires. Ceci nous permettra de mesurer leur influence sur la dynamique fonctionnelle entre les registres affectifs et cognitifs, puisque ces variables intermédiaires sont d'ordre affectif et cognitif.

Dans un travail récent (Godin et Kok, 1996) portant sur l'intention de faire un don de sang, il apparaît clairement que l'intention des individus est d'abord déterminée par la perception des barrières et obstacles (réels en perçus) au don de sang. Ainsi la mise en place des facteurs facilitant le don de sang, ainsi que le développement d'une meilleure perception du contrôle parmi la population, apparaissent comme des avenues promotionnelles incontournables. L'intention est donc le déterminant incontournable de l'action si elle tient compte dans son élaboration de la perception des barrières et obstacles de l'expérience antérieure du sujet et des variables facilitant la production de l'action.

L'intention dans cette étude est abordée comme représentation d'un but, contenu d'une pensée, d'une croyance, d'un désir ou encore contenu de la conscience intellectuelle. Le cadre conceptuel de cette étude est celui de Fishbein et Ajzen (1975), Ajzen (1991) selon lequel les individus prennent en considération les implications de leurs actions avant de s'engager dans un comportement donné. Non seulement parce que ce modèle a été l'un des modèles psychosociologiques prédominant dans la prédiction des comportements dans des contextes spécifiques, mais également car nous avons l'intuition que l'intention a une influence à ne pas négliger sur le port du préservatif.

D'autre part, les études sur le terrain s'accordent sur le caractère positif de la relation intention-comportement. Certes, le rôle de l'intention ne peut s'avérer suffisant dans la prédiction du comportement, toutefois, la relation intention comportement nous permet d'approcher l'objet de notre recherche et de poser la problématique de l'influence des variables intermédiaire sur le port du préservatif. Nous définissons l'intention également comme la volonté consciente chez l'individu de porter le préservatif pendant les rapports sexuels pour se protéger contre le VIH/Sida, maladie mortelle et dangereuse. L'intention réside donc dans le fait de se proposer un tel but. L'intention est alors appréhendée en termes de projections concernant le moment auquel les individus ont planifié d'utiliser le préservatif, les conséquences relatives à cette action et la nécessité d'utiliser actuellement le préservatif pour lutter contre le VIH/Sida.

### **2.1.10- VIH/Sida et comportement sexuel**

Les comportements individuels ont un impact à la fois direct et indirect sur la propagation de l'infection à VIH. Le comportement sexuel contribue directement à l'infection au VIH et partout dans le monde, la plupart des infections à VIH sont par voie sexuelle. La majorité des programmes de prévention du VIH/Sida tentent donc de réduire l'occurrence des

comportements sexuels à risque dans les populations sexuellement actives. Les principaux facteurs déterminants de la propagation du VIH dans toutes les populations proviennent probablement de l'alliance complexe du degré et de la fréquence du multi partenariat sexuel. Certains comportements sexuels à haut risque, comme la pratique des rapports sexuels avec des professionnels du sexe ou la pratique des rapports sexuels avec différents partenaires chez les hommes, méritent aussi de nos jours une attention particulière dans la promotion de la lutte contre le Sida. Mais il est question pour nous d'attarder notre regard scientifique sur la résistance à l'usage du préservatif qui est le comportement sexuel ayant plus de risques d'infection à VIH/Sida.

Le rapport VIH/Sida et comportement sexuel est très étroit dans la mesure où les personnes les plus infectées sont celles ayant une activité sexuelle effective. Il est vrai que d'autres comportements tels que : le partage des aiguilles, la transfusion sanguine, le tatouage, peuvent aussi favoriser la contamination. Mais la proportion des personnes infectées par ces autres moyens est relativement faible en Afrique en général et au Cameroun en particulier. C'est pourquoi notre étude s'attarde sur le comportement sexuel en général et le port du préservatif en particulier. Dans la mesure où au Cameroun plusieurs stratégies sont proposées, notamment le renforcement de la promotion des préservatifs, la mobilisation des chefs religieux, et la disponibilité des préservatifs (féminins et masculins) dans les commodités offertes aux populations. Malgré ces multiples programmes sanitaires, les populations continuent de contracter le VIH/Sida. Fort de ce constat, nous nous sommes attelé à mettre en évidence les facteurs qui conduisent les populations à la résistance à l'usage du préservatif.

La prise de risque constatée est une caractéristique fondamentale des adolescents. A cet âge, les relations hétérosexuelles prennent souvent la forme d'une série de liaisons courtes mais intenses. Les résultats des études sur les profils d'activité sexuelle qui ont révélé cette tendance à passer d'un partenaire à un autre et à aborder rapidement, avec chaque partenaire, les rapports sexuels non protégés constituent l'une des causes de la vulnérabilité des adolescents.

Rodriguez-Tomé, Jackson et Bariaud (1997) expliquent la prise des risques chez les adolescents par une certaine croyance fataliste ou magico religieuse. Ils croient qu'ils échapperont aux risques encourus. Nous pensons que les adolescents ont un sentiment élevé d'invulnérabilité personnelle. Selon certains auteurs, un tel sentiment d'invulnérabilité découle de l'égoïsme de l'adolescent, autrement dit, son incapacité à envisager un événement de tout autre point de vue que du sien propre, basé sur ses expériences personnelles immédiates. Ainsi, on peut penser que l'illusion d'invulnérabilité dérive d'engagements répétés dans des activités à risque sans qu'aucun phénomène de contagion ne s'ensuive. Cette illusion pourrait expliquer au moins en partie, le non usage du préservatif chez les adolescents. Il semble précisément qu'il n'y aurait aucune relation entre la connaissance des risques encourus en refusant d'utiliser le préservatif et son usage effectif (Roscoe et Kruger, 1990). Autrement dit la connaissance des risques n'exclut pas la prise des risques. C'est dans cette optique qu'on peut comprendre la vulnérabilité continue des populations malgré les multiples campagnes de sensibilisation, de formation, de persuasion et de prévention. L'augmentation du taux de prévalence au VIH/Sida constatée en Afrique est la conséquence de la résistance au changement de comportements sexuel.

### **2.1.11- Le changement de comportement sexuel**

Etant donné que la sexualité n'est pas un sujet facile à discuter, le changement du comportement sexuel au niveau individuel et celui des normes au niveau de la communauté

demande un effort spécial. L'expérience suggère toutefois que les gens changent leur comportement sexuel quand on les rend capable de le faire grâce à la connaissance, aux aptitudes et à l'encouragement qui leur sont prodigués par les programmes de prévention du Sida. Comme dans plusieurs autres régions du monde la grande majorité des personnes infectées au Cameroun le sont du fait de leur comportement sexuel. Ce qui laisse penser que le changement du comportement sexuel est une véritable arme contre le VIH/Sida. Le problème de fond rencontré au Cameroun et comme partout ailleurs est que les personnes contaminées n'ignorent l'existence du VIH/Sida. Comme nous le précisons un peu plus haut, le comportement est l'ensemble de réactions observables consécutives à une situation. Il dépend à la fois de l'individu et du milieu. Le comportement sexuel ne déroge pas à cette définition. De ce fait, l'individu à tout moment est capable de donner des réponses aux stimulations internes et externes relatives à la sexualité.

Dans cette optique, il est appelé à modifier ou à changer de comportement. Car le comportement sexuel n'est pas une donnée immuable. Il varie en fonction des événements, des situations, des stimulations et des variables intermédiaires. D'une manière générale, pour qu'il y ait changement de comportement il faut qu'il y ait une situation de crise, une persuasion, une pression sociale qui nécessitent le changement comme c'est le cas du comportement sexuel à haut risque. Cette situation de crise s'explique par des messages persuasifs concernant l'impact du VIH/Sida sur les vies humaines. Dans cette optique, le changement de comportement se présente comme la solution appropriée face au phénomène ambiant.

Dans le cas du changement de comportement sexuel, la question fondamentale qu'il faut se poser est celle de savoir : « *quand faut-il agir et comment changer le comportement sexuel ?* ». Pour répondre à cette question, le groupe d'appui au projet de l'université (*University's Project Support Group-PSG*) recommande dans une étude menée en 1997 tout d'abord d'orienter les questions traitées vers la connaissance sexuelle, les attitudes, les croyances et les pratiques qui sont influencées par une variété de facteurs sociaux culturels et économiques. Le PSG insiste sur l'importance des réseaux sociaux informels particulièrement dans l'accroissement de l'usage des préservatifs. Les études montrent que les réseaux sociaux informels, faits d'amis, de membres de famille et de gens de confiance qui ont changé leurs habitudes sexuelles peuvent être des exemples persuasifs. Ainsi, le PSG insiste sur le rôle des pairs éducateurs.

Au Cameroun, également, les ONG, le Comité National de Lutte contre le Sida et les Synergies Africaines contre le Sida et les souffrances, ont également mis un accent particulier sur les pairs éducateurs. Les approches sont véritablement participatives puisque les populations sont mises devant le défi de se confronter, de se poser des questions, de développer leur propre réponse et de créer un consensus normatif concernant les habitudes sexuelles. Cette approche est purement et simplement participative puisqu'elle amène les populations à se sentir directement impliquées dans la lutte contre le Sida.

Notre problématique ne s'érige pas contre cette approche qui est salutaire, puisqu'elle permet d'atteindre les individus qui ont des rapports sexuels fréquents sans protection avec des partenaires multiples et permet également l'augmentation de l'usage du préservatif chez les populations à risque. Notre problématique veut montrer qu'il peut exister un clivage entre la connaissance de l'existence du Sida et la prévention, l'intention d'agir et l'action. Les individus peuvent avoir des attitudes favorables au changement de comportement sexuel et ne pas changer.

Il y a une absence de prédiction du concept d'attitude sur le comportement. Pour comprendre l'absence de cette prédictibilité, Fishbein et Ajzen (1975) se sont tournés

vers le décalage entre la mesure des comportements spécifiques et celle des attitudes générales. Ces derniers ont montré par exemple, que dans la plupart des études, les chercheurs tentaient de prédire des comportements spécifiques, c'est-à-dire très précis, à partir de la simple connaissance d'attitudes générales (Cerclé et Somat, 1999). Ces auteurs considèrent en effet, qu'un comportement ponctuel et spécifique est un faible indicateur d'attitude générale ; celle-ci ne pourrait correspondre qu'à une classe de comportements. Ils ont alors proposé la construction d'indices comportementaux généraux susceptibles d'être révélateurs des attitudes générales possédées par les individus. Le changement d'attitude sexuelle peut, dans ce cas, induire le changement de comportement sexuel.

### **2.1.12– La résistance au changement de comportement sexuel**

Dans cette recherche, nous étudions la résistance à l'usage du préservatif face au VIH/Sida chez les adolescents. Il est toujours difficile de constater que, malgré les multiples campagnes de persuasion et de sensibilisation sur les méfaits de la pandémie du Sida, les personnes continuent à avoir des comportements sexuels à risque, à l'instar des rapports sexuels non protégés. Nous avons constaté un changement presque radical dans les habitudes alimentaires des individus après l'alerte à la présence du virus HDN de la grippe aviaire. Les éleveurs ont connu de sérieux problèmes, car les volailles n'entraient plus dans les menus des populations.

Il est vrai que nous n'avons pas fait des études pour voir qu'elle a été la psychose créée chez les populations par l'alerte au VIH/Sida. Ce que nous voudrions dire, est que le comportement sexuel reste marqué d'une complexité et d'une flexibilité qui rendent extrêmement difficiles les études y étant relatives. Bien que le plaisir sexuel soit également un quelconque besoin, il s'avère que son assouvissement requiert un certain nombre de facultés qui échappent parfois à la raison humaine. La résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents reste un phénomène incompréhensible.

Pour certains auteurs, certaines étapes sont susceptibles de mener au changement de comportement. Elles portent sur :

- l'ignorance du problème de la part du sujet ;
- la prise de conscience de celui-ci ;
- l'inquiétude suscitée par le problème ;
- la connaissance du problème et la façon de l'éviter ;
- la motivation qu'a le récepteur à modifier le comportement à risque ;
- la volonté de changer de comportement ;
- le premier essai du nouveau comportement ;
- l'évaluation personnelle des résultats de l'essai du nouveau comportement ;

Le changement de comportement durable. D'une manière ou d'une autre, ces stades doivent être transcendés par le sujet afin d'aboutir à un changement de comportement. Dans le cas du VIH/Sida, le changement de comportement sexuel ne devrait être qu'une évidence. Car les adolescents d'aujourd'hui sont supposés avoir franchi toutes ces étapes ou la quasi-totalité, étant donné que la communication persuasive sur la pandémie a pris une ampleur remarquable.

La communication persuasive est synonyme de changement, pense Montmollin (1984). Mais pour que cette communication aboutisse au changement escompté, il convient de répondre à un certain nombre de questions que Hovland, Janis et Kelley (1953) ont énoncées comme suit : « *qui, dit quoi, à qui, comment, avec quels effets ?* ». Chacune de ces questions renvoie respectivement aux éléments du processus communicationnel (émetteur,



message, récepteur, canal), le but de la communication persuasive étant de parvenir à la compréhension, l'appropriation et l'usage du message. Ce processus aboutit le plus souvent à un changement de comportement. Mais Mc Guire (1969) précise que, « pour qu'une communication persuasive atteigne son objectif, elle doit susciter au sein de la population cible une information ayant une incidence sur les processus comportementaux ». Dans le cas contraire, elle peut générer la résistance.

La résistance au changement de comportement peut ainsi être attribuée aux biais communicationnels, c'est-à-dire à la source d'émission, au message, au canal ou au récepteur. Elle peut être appréhendée comme suit :

\* **L'émetteur** : l'identité de l'émetteur peut crédibiliser le message. Il est à noter que ce n'est pas la crédibilité en tant que telle qui importe, mais la crédibilité attribuée à l'émetteur par le récepteur. La source d'émission est un élément primordial dans le processus de changement. Pour Somat et Cerclé (1999), il s'agit de la personne ou du représentant de la personne qui tente, à l'aide d'un message, d'amener son interlocuteur à changer. Hovland et Weiss (1951) pensent que ces sources ne peuvent atteindre leurs objectifs (le port du préservatif) que si elles sont crédibles. Ils mettent en évidence la relation existant entre crédibilité et persuasion. Ils concluent que le message a plus d'impact s'il provient d'une source qui est perçue comme supérieure en savoir, en instruction, en intelligence, en réussite professionnelle, etc.

\* **Le message** : Il est l'élément central de la communication. En communication, il est l'objet de persuasion. Certains messages peuvent déclencher des réactions diverses, qui n'aboutissent nécessairement pas au changement de comportement escompté. Par exemple des messages comme « le Sida tue » peut susciter une véritable résistance à la prévention puisque chacun est supposé mourir et que la mort, non seulement ne prévient pas mais a des causes irrationnelles.

Le contenu du message peut, lui aussi, constituer une véritable source de résistance au changement. Janis et Feshbach (1953) y ont porté une attention particulière et ont cherché à savoir si la meilleure façon de parvenir au but est de montrer aux uns et aux autres les conséquences de leurs actes à risques et de les effrayer ou de leur faire peur. Ils sont arrivés à montrer que l'effet des appels à la peur n'est pas le même selon qu'on cherche à faire changer l'opinion, l'intention d'agir ou la conduite réelle. Ils ont conclu qu'une forte peur a plus d'effet qu'une faible peur sur l'opinion. L'effet de peur dépend aussi du problème. En effet, pour un problème peu important, le fort appel à la peur a plus d'impact.

Dans le cas relatif à notre étude, nous faisons le constat selon lequel le taux de prévalence augmente avec la multiplication des campagnes de prévention et de lutte contre cette pandémie. Comme l'atteste Janis (1967), tout laisse croire enfin que les forts appels à la peur s'avèrent inefficaces pour amener les individus à changer de comportement sexuel. Lorsqu'un message est très effrayant, le récepteur peut faire cesser rationnellement sa peur en réfutant le message pour l'associer à une rumeur par exemple. Il peut également réfuter la source de l'information en la traitant par exemple de corrompue ou de marginale. Il devient ainsi hostile au message et à la source. Il peut également déformer ou oublier le message. Si dans une situation de communication persuasive, l'information véhiculée menace l'équilibre de l'individu, ce dernier va mettre sur pied des mécanismes psychologiques pour restaurer cet équilibre. L'individu va alors organiser l'information, de telle sorte qu'elle corresponde à la structure antérieure de ses attitudes. Autrement dit, toute information qui ne correspond pas à la structure mentale antérieure du sujet va susciter l'élaboration de mécanismes de défense

\* **Le récepteur:** les caractéristiques du récepteur (l'éducation, l'intelligence, l'image de soi, les dispositions biophysiques et psychosexuelles) semblent indispensables pour comprendre la résistance au changement de comportement. Par exemple, plus un récepteur est expert, plus il est capable de bien comprendre les arguments persuasifs de l'émetteur, mais moins il est disposé à y céder. Il s'ensuit que les sujets les plus influençables seraient les sujets aux caractéristiques moyennes, suffisantes pour comprendre, mais pour aussi résister. Si le récepteur est motivé et s'il est suffisamment compétent, alors il s'engage pour le changement.

Dans le cas de la lutte contre le VIH/Sida, il va de soi que le récepteur occupe une place importante, car, seul à pouvoir réaliser les souhaits des initiateurs du changement de comportement. C'est dans cette optique que De Montmollin stipulait que le récepteur était à la fois la cible que visaient la source et le message, l'opérateur qui traitait les informations que fournissaient les situations, la source et le message, et le sujet expérimental dont on observait le changement éventuel après communication (De Montmollin (1977)). C'est ainsi que la persuasion est le plus souvent variable en fonction de l'amplitude de la divergence entre le message véhiculé par la source et l'attitude initiale du récepteur. Il est évident que le changement le plus important survient lorsque le message n'est ni trop ni pas assez en contradiction avec la position du récepteur. En d'autres termes, lorsque le message peut apparaître indifférent au récepteur, il est difficile d'envisager un quelconque changement.

\* **Le canal :** des recherches sur le rôle du canal de communication ont révélé qu'en général, le message est plus persuasif dans une situation de face à face que dans le cas d'un médium écrit ou audio-visuel. Le canal est le moyen par lequel le message est transmis. Une fois le message conçu, il se doit d'être codé par l'émetteur et transmis au récepteur par l'intermédiaire d'un canal. Les travaux de Bergson (1979) et d'Abric (2003) ont mis en évidence les difficultés méthodologiques liées au canal.

Abric (2003) partage le point de vue de Bergson selon lequel l'invariabilité des moyens de transmission est une barrière pour la bonne communication. Il nous fait comprendre que pour le psychologue social, le canal de communication ne se limite pas aux supports utilisés ou aux moyens mis en œuvre pour acheminer le message. Il pense que les conditions physiques dans lesquelles s'effectuent les échanges, la position dans l'espace, le lieu de rencontre, etc., doivent être pris en considération. Abravanel et Ackerman (1973) cités par Abric (2003) nous laissent également comprendre que « lorsqu'on utilise un canal de communication peu familier ou contraignant, le langage oral a tendance à se rapprocher du langage écrit. L'organisation du discours est plus structurée, les jugements sont plus consistants, l'attention que donne un locuteur à l'efficacité de ces messages est plus grande ». Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, la variation des canaux est d'une importance indéniable. Depuis l'avènement du VIH/Sida, les canaux de transmission du message n'ont pas été ménagés et sont restés fidèles aux mêmes logiques. Les opérateurs utilisent divers canaux pour les mêmes sujets et parfois se contredisent. Cette situation sur le plan psychologique peut développer une véritable résistance au changement de comportement.

## **2.2- La sexualité, l'adolescence et le VIH/sida : une dynamique fonctionnelle**

---

### **2.2.1- Comportement sexuel : différence entre l'Homme et l'animal**

La sexualité humaine est faite de comportements, avec leurs dimensions intérieures et extérieures, qui se déroulent à différents niveaux d'intégration : la reproduction, les émotions et la communication, les représentations et les processus sociaux. Chez l'Homme comme chez l'animal, le fondement biologique du comportement de reproduction est présent. L'être humain développe l'accouplement pour se reproduire, tout comme l'animal développe le coït pour la reproduction. Cependant, chez l'animal, l'ensemble de ce comportement est déterminé par la mécanique génétique et biologique. Lever les tabous, c'est tout d'abord reconnaître que chez l'être humain d'autres dimensions sont présentes : la sexualité comprend la mise en œuvre de comportements d'accouplement, pour la reproduction, mais davantage pour le plaisir sexuel. Ce qui fait la différence, ce sont les dimensions émotionnelles, relationnelles et cognitives, ainsi que la distanciation par rapport à la reproduction.

La dimension émotionnelle se marque tant dans le développement psychologique de l'être humain que dans les pathologies liées à la sexualité. Le développement psychologique nous montre en effet que, dès le stade oral, une relation de plaisir auto-érotique et immédiat se déroule chez l'enfant à l'égard de sa mère. Le stade anal, ou d'acquisition de la propreté, marque à la fois le plaisir égocentrique, le plaisir différé et le plaisir altruiste. L'oedipe fait passer l'être humain de l'égocentrisme à la prise de conscience de l'identité sexuelle, à l'interdit de l'inceste et à la recherche d'un plaisir relationnel qui tient compte de la différence de l'autre.

L'adolescence prolonge cette recherche d'identité et le développement de relations, à la fois égocentrique, et altruiste, où la différence de l'autre est reconnue et où l'identité de chacun est prise en compte (Mercier, 2004). Ces évolutions marquent les dimensions émotionnelles et relationnelles de la sexualité humaine : dimensions qui dépassent largement la mécanique reproductive. La dimension cognitive vient compléter cette sortie du mécanisme biologique et l'être humain est tenu de prendre des positions réflexives, avant tout d'ordre éthique, dans le champ de sa sexualité. L'éducation affective et sexuelle et la réflexion éthique nous montrent à l'évidence cette nécessité de gestion cognitive de la sexualité chez l'être humain, étant donné que celui-ci échappe au déterminisme de la reproduction.

Les pathologies sexuelles, que nous n'aborderons pas en détail ici, viennent à leur tour mettre en évidence les dimensions émotionnelles et relationnelles de la sexualité, tant les pathologies qui empêchent le plaisir sexuel que les perversions qui le détournent. Ces pathologies mettent en évidence la dimension de bien-être et de plaisir qui dépasse largement le comportement de reproduction : l'être humain exerce l'accouplement pour son bien-être et non pas uniquement pour se reproduire. Il doit assumer cognitivement cet acte de plaisir, ce qui le place en situation de responsabilité par rapport à sa sexualité. Cette caractéristique lui donne en outre une capacité de gérer la sexualité, même quand il y a des difficultés biologiques à l'assumer à cause d'un corps fonctionnel déficient.

Dans le cadre de notre étude qui porte sur la transformation de l'intention en acte, ces trois dimensions fondamentalement importantes constituent le levier du comportement sexuel humain, dans la mesure où l'intention se situe dans la dimension cognitive et que le comportement sexuel (le port du préservatif) que nous étudions est purement et simplement relationnel et émotionnel. Nous pensons que le port du préservatif est redevable aux dimensions émotionnelles (la force de l'affectivité, les antécédents affectifs de l'acte sexuel) relationnelle (pression psychosociale, négociation) et cognitive (inertie cognitive, force de l'habitude, but de l'acte sexuel). A ces trois dimensions classiques, nous ajoutons

une autre qui tient compte du contexte et des circonstances de l'acte sexuel : la dimension environnementale.

## **2.2.2- L'approche psychosexologique**

L'orientation psychanalytique avait déjà montré que la sexualité humaine devait être aussi étudiée dans ses aspects non physiologiques. Seulement, cet intérêt manifesté pour les déterminations du psychisme dans l'acte sexuel s'était électivement centré sur l'individu, considéré uniquement dans son aspect égonodal. Or, chaque individu est un nœud, caractérisé par la fonction de l'égo et du social en son sein.

L'orientation psychosexologique est donc intégrative. Elle essaie de mettre en évidence les incidences de la personnalité propre, des facteurs socio-culturels sur le comportement sexuel et l'idée que l'acte sexuel n'est jamais strictement ni purement personnel – même le fantasme masturbatoire atteste de la présence au moins symbolique de l'« autre », dans le « plaisir solitaire » (Hanry, 1973). Le sexe nous met toujours en communication avec autrui et toute relation, même intime, est une relation sociale.

Les travaux portant sur la culpabilité sexuelle, montrent qu'elle est une disposition de la personnalité qui transparait lorsque le sujet viole les normes de conduite sexuelle de son groupe, sa communauté. Ils élaborent une échelle de culpabilité et aboutissent à la conclusion que le sentiment de culpabilité peut varier avec l'âge, le sexe ou la religion des sujets.

A la suite de Freud, Eysenck (1976, 1979) étudie les attitudes et les comportements sexuels dans leur rapport avec les traits de personnalité spécifiques. Il essaie de rattacher les conduites sexuelles repérables à sa théorie de la personnalité, décrite en termes d'extraversion/introversion. Ses corrélations sont établies à partir des données recueillies auprès des étudiants et des adultes. En définitive, il s'insurge contre le sociologisme ambiant qui voudrait faire dépendre les comportements sexuels des facteurs d'environnement uniquement. Pour lui, les attitudes et les comportements sexuels sont aussi fortement déterminés par des facteurs génétiques dans lesquels les aspects physiologiques, hormonaux et sécrétoires jouent un rôle important.

Des recherches de psychologie sociale, notamment celles de Kirkendall et Libby (1996) s'attachent prioritairement à démontrer le parallèle entre relations sociales et relations sexuelles. Selon cette perspective, fondée sur la théorie de l'interaction, l'acte sexuel est une forme aiguë d'interaction sociale. En ce sens, il est déterminé par les qualités préalables de la personnalité des partenaires et de leur mode de conception des rapports interindividuels. En fait, l'orientation générale des recherches dans cette approche porte sur l'importance de la motivation et des aspects qualitatifs, individuels et subjectifs, qui rendent l'acte sexuel unique et incomparable, d'un individu à un autre et d'une situation à une autre.

Le point de vue physiologique considérait que seule la rapidité de la réaction sexuelle des sujets à un stimulus pouvait être différentielle. L'ensemble des autres réactions étaient considérées, indépendamment de leur source (le sujet, le partenaire, le milieu), comme identiques pour tous. La psychosexologie, dans une démarche opposée, essaie de mettre en évidence la signification spécifique de l'acte sexuel et les facteurs qui y contribuent. Elle varierait selon que le sujet est seul, avec un partenaire, selon le lieu où se déroule l'acte sexuel, selon les perceptions que le sujet a de la réalité sociale, mais aussi et surtout selon ses dispositions thymiques momentanées.

Une autre orientation, basée sur la théorie de l'apprentissage, s'articule autour de l'idée qu'une grande partie des comportements sexuels, aussi bien que sociaux, est apprise. Cet

apprentissage sexuel se fait alors au moyen des renforcements. Selon cette perspective, le degré de permissivité sexuelle se mesure à la qualité des expériences préalables des individus. Ainsi, une première expérience sexuelle satisfaisante serait un antidote contre les peurs et les inhibitions sexuelles. Au contraire, l'insatisfaction sexuelle originelle peut conditionner négativement la perception et les attentes sexuelles de l'individu. C'est un raisonnement de type behavioriste, radical et partiel, avec son souci de la mesure de ce qui est observable et seulement observable et qui, de ce fait, occulte les formes de l'introspection qui déterminent les conduites. Bandura (1970), essaie de dépasser ce qu'il appelle le behaviorisme périphérique et sa focalisation exclusive sur les actes observables.

Pour lui, l'accent doit être mis sur les aspects sociaux de cet apprentissage, car ce sont eux qui déterminent une grande partie des activités sexuelles des hommes et des femmes. Il s'agit notamment de l'apprentissage par imitation ou par expérience directe qu'il appelle apprentissage vicariant ; de l'utilisation des symboles qui permet de représenter les événements, d'analyser les expériences personnelles, de communiquer, de créer, d'imaginer et de prévoir ; des processus d'auto-régulation grâce auxquels l'individu réagit activement aux influences extérieures en les sélectionnant, en les organisant et en les transformant. Ces processus permettent à l'individu de ne pas seulement être un réceptacle, mais un acteur de sa propre conduite.

### **2.2.3- Approches descriptives de la sexualité des adolescents en milieu urbain**

Plusieurs approches explicatives ressortent des travaux sur les comportements sexuels des adolescents. Il s'agit notamment des approches socioculturelle, économique et institutionnelle. Les études réalisées en milieu urbain africain se sont davantage orientées vers les deux premières.

#### **2.2.3.1- Approche socioculturelle**

L'approche socioculturelle se fonde sur le fait qu'on ne peut pas « désocialiser » l'activité sexuelle. Elle accorde un rôle central à la construction sociale et culturelle, sans laquelle aucun désir ne peut apparaître et s'exprimer (Foucault, 1984) cité par Rwenge Mburano (1999). Ainsi, selon Foucault, les comportements sexuels et les circonstances dans lesquelles a lieu l'activité sexuelle sont déterminés par les normes et les valeurs socioculturelles en matière de sexualité. C'est l'ensemble de ces constructions idéologiques qui déterminent les circonstances du déroulement de l'activité sexuelle. Dans ce cas, les relations sexuelles seraient spontanées et ne répondraient pas à un objectif particulier (Diop, 1995 ; Calvès, 1996). L'une des expressions de cette approche est la thèse selon laquelle l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain s'expliquerait par la « désorganisation sociale », la faiblesse du contrôle social ou le relâchement des mœurs. Cette thèse fait partie de la théorie générale de la modernisation, qui se fonde sur l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement du contrôle des aînés sur les cadets. Les comportements nouveaux qui en résultent sont plus orientés vers la satisfaction personnelle et la gratification individuelle que vers la responsabilité familiale (Diop, 1995).

Le relâchement du contrôle social en matière de sexualité, dû à l'urbanisation, à l'éducation occidentale et aux changements des modes de production dans les sociétés africaines, a en effet augmenté le pouvoir décisionnel des jeunes sur le moment de, avec qui et pourquoi contracter les rapports sexuels (Bauni, 1990 ; Meekers, 1992). Cette autonomie les a entraînés à adhérer à certaines pratiques occidentales, notamment le libertinage sexuel manifesté dans les rencontres entre jeunes de sexe opposé dans les endroits

où le contrôle par les aînés n'est pas assuré et où on note l'allongement du retard de leur âge d'entrée en union. Ces rencontres comme le souligne Rwenge Mburano (1999) peuvent toutefois être un support social dont ils peuvent disposer pour la connaissance des méthodes de prévention des risques associés à leur activité sexuelle et l'utilisation des préservatifs.

Des études empiriques ont été entreprises pour montrer que l'éducation sexuelle des jeunes modifie leurs comportements sexuels, dans la mesure où l'éducation sexuelle peut retarder le moment du premier rapport sexuel, réduire le nombre de partenaires et accroître l'utilisation des préservatifs (Ku, Somenstein, Pleck, 1993). Cependant, Baldo et al. (1993) observent, comme Schofield (1971), que les programmes d'éducation sexuelle à l'école seraient plus efficaces s'ils débutaient très tôt, c'est-à-dire avant la première liaison intime de l'adolescent.

### **2.2.3.2- Approche économique**

L'Approche économique considère les jeunes comme des acteurs dits rationnels. Cette approche se fonde sur la thèse de "l'adaptation rationnelle" selon laquelle les jeunes s'engageraient dans la sexualité pour atteindre des objectifs bien précis, précisément d'ordre économique ou social. Dans le premier cas, on peut noter les études ayant insisté sur le fait que les conditions économiques contribuent à l'engagement des jeunes dans l'activité sexuelle. Ainsi, la pratique sexuelle, la satisfaction des pulsions sexuelles peut aussi se faire chez les jeunes garçons en échange de cadeaux, d'habits, de somme d'argent ou d'un travail rémunéré en faveur de jeunes filles.

Dans le second cas, se retrouvent les études qui expliquent l'activité sexuelle des jeunes, surtout chez les filles, par le mariage et la fécondité, celle-ci étant en fait une stratégie à l'aboutissement du mariage. Nous avons montré dans une étude récente que les stimulations socioculturelles et socioéconomiques favorisent la résistance au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida. Dans les métropoles, la sexualité est une variable économique et une véritable monnaie d'échange (Noumbissie, 2004). Cherlin et Riley (1986) distinguent deux catégories de jeunes : (1) ceux pour lesquels l'activité sexuelle répond à des objectifs autres que le mariage et la fécondité ; (2) ceux pour lesquels l'activité sexuelle répond à la fois à un objectif économique et est une stratégie de nuptialité.

Dans le premier cas, se retrouvent surtout les jeunes garçons et les jeunes filles contractant les rapports sexuels à but lucratif. Il s'agit du phénomène de commercialisation du sexe par les jeunes filles qui veulent gagner de l'argent nécessaire à la satisfaction de leurs besoins. Cette approche n'est pas cependant suffisante pour expliquer l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain et est très limitée parce qu'elle ne concerne que les jeunes filles. En cas de situation économique difficile, les jeunes garçons, généralement issus de mères célibataires abandonnent souvent leurs familles pour vivre dans la rue. La pauvreté de leurs familles d'origine, les sévices et l'exploitation qu'ils y subissent ne les incitent guère à y retourner. Ces jeunes sont généralement victimes des sévices sexuels d'autres jeunes de la rue ou d'autres personnes pour qui ils travaillent occasionnellement pour des raisons de survie. En revanche, en cas de situation économique favorable, certains d'entre eux peuvent s'engager dans le multi partenariat sexuel. Ce faisant, ils profitent des difficultés matérielles de certaines jeunes filles pour satisfaire au maximum leurs désirs sexuels.

Dans le second cas, la sexualité pré-nuptiale des jeunes vise à la fois un objectif économique et un objectif social (Feyisetan et Bankole, 1991 ; Meekers, 1995). La finalité de l'activité sexuelle peut être aussi la fécondité, celle-ci étant généralement une stratégie

nécessaire à l'aboutissement du mariage. Cette attitude des filles bien qu'elle soit un véritable vecteur pour la transmission du VIH/Sida (puisqu'elle expose ces dernières à l'acte sexuel non protégé), est aussi favorisée par l'importance accordée en Afrique à la nuptialité et à la fécondité.

### **2.2.3.3- Approche institutionnelle**

La dernière approche, la moins représentée dans la littérature, suppose que l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain serait aussi fonction de l'importance que les décideurs accordent aux lois et programmes les concernant. Notamment l'importance accordée aux législations relatives au mariage, à la vie maritale des parents, à la protection sociale. Les institutions en matière de sexualité se doivent d'être sélectives, rigoureuses et rudes pour constituer une véritable arme contre le VIH/Sida. Certains comportements sexuels comme la prostitution, l'exhibitionnisme doivent être sanctionnés. Car il s'agit là de véritables vecteurs de déviance sexuelle et de précocité sexuelle. Les institutions de nos jours sont de plus en plus tolérantes; certains comportements sexuels pervers, déviants, et anormaux sont presque acceptés dans la mesure où ils sont tolérés et pratiqués au vu et su de tous. Les institutions doivent imposer des styles de comportements sexuels favorables pour que les populations cessent d'être contaminées davantage par les MST et le VIH/Sida. La propagation rapide et dramatique du VIH/Sida peut aussi être redevable à la faiblesse des institutions.

Les mariages des jeunes sont réglementés dans la plupart des pays africains par des textes portant organisation de l'état civil et diverses dispositions relatives à l'état des personnes physiques (Mbarga, 1991). Il existe encore cependant des pays africains où la législation sur le mariage des jeunes est inexistante. Il existe aussi des pays où les législations sont favorables à l'entrée précoce des jeunes en union.

Il existe aussi des lois en matière de consentement des jeunes. Au Cameroun, par exemple, tout mariage des jeunes doit être précédé d'une publication d'intention des époux de se marier, par voie d'affichage au centre d'état civil et dans les lieux de naissance des intéressés. La publication de ce mariage vis-à-vis du tiers a été organisée en vue de lui permettre d'y faire éventuellement opposition. Il existe également des lois concernant la protection sociale des enfants. Mais très peu de pays africains en disposent. Même là où elles existent, leur application est limitée par l'indisponibilité des ressources financières. Il s'agit, par exemple, des lois relatives à la rééducation et à la réadaptation professionnelle des jeunes, des mesures de lutte contre la déperdition scolaire et celles relatives à la création des comités des conseillers conjugaux.

### **2.2.4- Adolescence et sexualité**

L'étude du développement de la sexualité à l'adolescence met en lumière les continuités, non seulement avec l'enfance mais aussi avec l'âge adulte, dans la mesure où l'évolution de l'identité sexuelle, du sentiment de compétence dans le domaine sexuel, de l'imaginaire, du fantasme et du désir sexuel, constituent des processus développementaux qui se déroulent sur toute la durée de la vie. De toute évidence, la signification psychologique et sociale de l'activité sexuelle pendant les premières années de l'adolescence évolue parallèlement à la maturation physique qui se produit à ce moment-là. En effet, les changements physiques et hormonaux mettent l'adolescent en situation de s'engager dans une plus grande variété d'activités sexuelles.

A mesure que se déroule l'adolescence, les relations avec les pairs en viennent progressivement à intégrer une composante plus clairement sexuelle. En effet, la fille et le garçon admirent, observent avec joie les premiers signes du développement pubertaire et les changements qui les font accéder ouvertement, au vu et au su de tout le monde, à l'adolescence. Ce passage de l'enfance à l'adolescence peut susciter chez les adolescents le désir de jouir des avantages et privilèges que lui offre son nouveau corps. L'un des privilèges reste bel et bien la satisfaction sexuelle qui était jusqu'ici incomplète.

Il faudra également préciser tout comme Rodriguez-Tomé *et al.* (1997) que le contexte socioculturel détermine aussi les formes que la sexualité peut prendre à l'adolescence, en définissant ce qui est acceptable à chaque âge. Bien avant que les transformations physiques de la puberté ne soient réalisées chez l'adolescent, la signification sociale de chaque élément de ces changements lui aura été communiquée avec plus ou moins de clarté et de succès. Cette situation peut amener ce dernier à la mise en application du construit cognitif lié à sa sexualité. Dans ce construit cognitif l'activité sexuelle et la satisfaction sexuelle occupent une place de choix. C'est dans cette optique qu'il faut comprendre la précocité sexuelle, le vagabondage sexuel, la prostitution, l'activité sexuelle intensive chez certains adolescents.

La sexualité à l'adolescence est plus qu'un simple répertoire de désirs et de comportements sexuels. Elle est intriquée dans des systèmes complexes d'opinion à l'égard des rôles des hommes et des femmes en général et de leurs relations entre eux. Les adolescents n'ont pas tous un accès identique à ces systèmes de croyances, en fonction de leur statut socioéconomique, de leur origine ethnique, de leur religion, de leur nationalité, etc. Pour la majorité des adolescents l'expérimentation sexuelle suit une trajectoire prédictible, celle prise par la majorité de leurs pairs. Les changements dans les profils de comportements sexuels et d'opinions sont vraiment graduels, s'inscrivent dans une évolution plutôt qu'une rébellion, et tendent à impliquer un grand nombre d'individus. C'est dans ce sillage que psychologues et sociologues considèrent l'adolescence comme période de trouble et d'incertitudes, mais elle est aussi, et peut-être à cause de cela, une étape où la liberté et l'autonomie s'accroissent. L'adolescence est également explicable en relation avec les processus généraux de construction de l'identité et de l'orientation sexuelle.

Les opinions populaires sur l'adolescence ont pour point commun de la considérer comme une période caractérisée par la préoccupation pour le sexe et la sexualité. On pense généralement que les adolescents sont mus, sinon obsédés, par l'envie d'en connaître davantage sur la sexualité : ce que les gens peuvent faire et ce qu'ils feront, avec qui, où, et selon quelle fréquence. On ne suppose pas forcément que cette curiosité sexuelle est directement liée à la recherche d'expériences sexuelles personnelles, mais on pense qu'elle est en rapport avec la mise en place du désir sexuel. Cependant, les données disponibles ne confirment que partiellement ces croyances populaires. La curiosité à l'égard de la sexualité caractérise le début de l'adolescence, mais elle est rapidement satisfaite. Vers le milieu de l'adolescence, la plupart des jeunes se considèrent comme très avertis à propos de sexualité et déclarent qu'ils en savent assez (Rodriguez-Tomé *et al.*, 1997). En tout état de cause, peu d'entre eux admettent leur ignorance et moins encore reconnaissent avoir de la curiosité. Ceci implique que les manifestations de curiosité sexuelle s'estompent rapidement à l'adolescence.

Les préoccupations sexuelles à l'adolescence semblent en fait davantage en rapport avec le désir sexuel qu'avec la curiosité. Ce désir se manifeste d'abord simplement par le fait d'aspirer à des aventures sexuelles. Il s'agit au départ d'une aspiration sexuelle non spécifique puisque le partenaire n'est pas identifié et que les actes sexuels désirés sont



vagues. Un peu plus tard, l'aspiration sexuelle atteint une nouvelle phase qui comporte une évolution beaucoup plus détaillée de l'aventure ou de la série d'aventures : la première approche, la scène de séduction, l'accomplissement de l'acte, etc. Il faut également préciser que les garçons sont davantage préoccupés de sexualité en elle-même, alors que les filles s'intéressent à la sexualité en tant que composante de la participation à un couple. En entrant dans l'adolescence, les individus des deux sexes commencent à se soucier davantage de leur image corporelle. C'est ainsi qu'une déviation par rapport à la norme culturelle sur tout aspect de l'apparence physique peut être source d'anxiété.

### 2.2.5- Adolescence et vulnérabilité au VIH/Sida

L'adolescence est une période exaltante et difficile (Sillamy, 1996). Elle est exaltante, parce que c'est le moment où les énergies s'amplifient, où l'on se découvre plus fort et où l'on croit que l'on peut transformer le monde. Elle est difficile, parce que le désir d'autonomie et de liberté s'accommode mal avec la dépendance matérielle à l'égard de la famille. Les adolescents vivent à des niveaux de maturation différents, car, s'ils sont adultes physiquement, ils restent encore très dépendants de leur entourage et vulnérables psychologiquement.

En dépit de l'idéologie qui imprègne la représentation de l'hétérosexualité chez l'adolescent, fait de romantisme et de fidélité, les relations engagées sur le long terme sont en réalité l'exception plutôt que la norme. Les relations hétérosexuelles de nos jours prennent beaucoup plus souvent la forme d'une série de liaisons courtes mais intenses. Aussi longtemps que dure la liaison, elle se caractérise par l'exclusivité ou la fidélité. Tout écart de l'un ou de l'autre par rapport à cette fidélité est habituellement le signal de la faillite irréparable de la relation, et signifie le plus souvent, pour le partenaire infidèle, l'avènement de la relation « stable » suivante. Au début, dans ce type de liaison « stable », le couple adoptera des pratiques sexuelles protégées, utilisant le préservatif afin d'éviter à la fois la conception et la transmission de maladies, et proscrivant les pratiques anales. Très vite, cependant (dans les six prochains mois), ces pratiques protégées seront abandonnées ou réduites à l'intermittence.

Les résultats des études sur les profils d'activité sexuelle, qui ont révélé cette tendance à passer d'un partenaire à un autre et à abandonner rapidement, avec chaque partenaire, les pratiques protégées, ont été interprétés de façon implicite comme le témoignage d'une plus importante prise de risques, au plan sexuel. Cela a conduit certains théoriciens à tenter d'expliquer pourquoi les adolescents prennent davantage de risques dans ce domaine. On a principalement soutenu qu'ils agissent ainsi parce qu'ils sont plus portés à croire qu'ils échapperont aux risques encourus. On avance essentiellement que les adolescents ont un sentiment élevé d'invulnérabilité personnelle. Ils pensent : « *ça pourrait arriver à quelqu'un d'autre mais pas à moi* ». Il en est de même pour le risque de grossesse (Du Rant et Sanders, 1989), et le risque de Sida (Perloff et Fetzer, 1986). Certains auteurs supposent qu'une telle idée d'invulnérabilité découle de l'égoïsme de l'adolescent. Kasperson *et al.* (1988) suggèrent que l'illusion d'invulnérabilité dérive d'engagements répétés dans des activités à risques sans qu'aucun phénomène de contagion ne s'ensuive.

Au-delà du sentiment élevé d'invulnérabilité personnelle, il en existe d'autres facteurs de vulnérabilité à l'adolescence. Nous avons l'exemple de la vulnérabilité biologique des jeunes filles ce que Berghauer *et al.* (2003) désignent par « *vulnérabilité sexospécifique* ». En effet, le développement physique est maintenant atteint plutôt que par le passé. Par exemple, l'âge moyen des premières menstruations est passé de 14 ans en 1900 à environ 12 ans et demi de nos jours (SWAA/Panos, 2002). Beaucoup d'adolescents commencent

l'activité sexuelle à un âge précoce. Elles reçoivent des propositions sexuelles aussi bien de la part des jeunes de leur âge, que de la part d'hommes bien plus âgés qui peuvent être séropositifs. Ces derniers leur offrent des cadeaux en échange des rapports sexuels. Les muqueuses génitales de celles-ci (jusqu'à 20 ans) n'étant pas encore matures, elles se blessent facilement lors de ces rapports sexuels et ceci les rend plus vulnérables au VIH (SWAA/Panos, 2002). Les rapports sexuels sont considérés comme plus risqués lorsqu'ils sont pratiqués à un jeune âge plutôt qu'à un âge plus avancé chez les jeunes filles. L'appareil génital féminin est plus exposé aux infections à VIH avant l'âge adulte.

De même, elles s'intéressent plus aux films, émissions audiovisuelles à caractère sexuel que les adolescents. Elles sont aussi très sollicitées par des hommes trop riches (feymen, hommes d'affaires, etc.) à cause de leur physique attrayant et à cause de leur naïveté et il est fréquent qu'elles aient de relations plus courtes et probablement moins formelles. De plus, elles sont moins susceptibles de vivre avec leurs partenaires sexuels, ce qui entraîne souvent l'une des partenaires à fréquenter simultanément d'autres partenaires, augmentant ainsi le risque d'infection. Cette période de relations sexuelles moins stables peut être plus longue pour les personnes ayant leur premier rapport sexuel à un jeune âge que pour les personnes retardant le moment de leur première expérience sexuelle.

Le comportement sexuel des adolescentes de nos jours est un véritable vecteur de transmission du VIH/Sida. Elles sont en quête de repas décents. Elles pratiquent la prostitution, le vagabondage sexuel pour vivre et être à la mode (vestimentaire, technologique, etc.). Mal informées parfois, et du fait de leur faible niveau financier, elles ne peuvent imposer l'utilisation du préservatif.

Les adolescents vivent leur sexualité dans un contexte social ouvert. Les vidéo-clips suggestifs, les séries télévisées où la sexualité est étalée, la publicité dans les médias, etc., peuvent influencer leur comportement et projeter une image négative de la sexualité qui est bien souvent renforcée par la pornographie ou du romantisme idéaliste. Il faut aussi mentionner que les rapports sexuels des adolescents ont lieu la plupart du temps dans un contexte amoureux. Cependant, les relations amoureuses peuvent se succéder à quelque temps d'intervalles ou de ruptures. Le fait de changer de partenaire sexuel place de plus en plus l'adolescent en position de vulnérabilité très élevée.

## **2.3- Le VIH/sida : stratégies de prévention et évolution du débat scientifique en Afrique**

---

### **2.3.1- La prévention du Sida**

Le Sida étant de nos jours une maladie qui n'a ni remède ni vaccin, la seule arme efficace dont nous disposons contre cette pandémie reste et demeure la prévention.

#### **2.3.1.1- Les conseils de prévention**

Lors d'une relation sexuelle, seuls les préservatifs, qu'ils soient masculins ou féminins, protègent du VIH et des principales infections sexuellement transmissibles. Ils doivent être utilisés lors de tout rapport sexuel avec pénétration (quelle soit vaginale, anale ou buccale), avec un partenaire séropositif ou dont le statut sérologique est inconnu.

Le dictionnaire Hachette encyclopédique (2002) définit le préservatif comme étant un « capuchon en caoutchouc très fin, destiné à être adapté au pénis (ou au vagin) avant un rapport sexuel pour servir de contraceptif et pour garantir des MST ». De nos jours, il existe

deux types de préservatifs : le préservatif masculin encore appelé condom et le préservatif féminin.

**Le préservatif masculin** : La condition pour son efficacité est qu'il soit utilisé correctement à chaque rapport sexuel. Les lubrifiants à base de corps gras, comme la vaseline, des pommades ou des crèmes, voire du beurre, doivent être proscrits, car ils fragilisent les préservatifs en latex et les rendent poreux. Il faut leur préférer des lubrifiants à base d'eau. Il est préférable d'utiliser un préservatif non lubrifié pour la fellation. Il est par ailleurs indispensable de vérifier sur la pochette du préservatif l'inscription de la date de péremption.

**Le préservatif féminin** : Il représente une alternative au préservatif masculin. Il est en polyuréthane – ce qui autorise les lubrifiants à base de corps gras ou aqueux – avec un anneau externe et interne. Il se place à l'intérieur du vagin grâce à un anneau souple interne. Il peut être mis en place dans le vagin ou dans l'anus quelques heures avant un rapport sexuel, et n'a pas besoin d'être retiré tout de suite après le rapport, à l'inverse du préservatif masculin. Le principal obstacle à sa diffusion reste son coût élevé. A l'heure actuelle, il est prévu pour un usage unique (OMS, 1997). Il faut toutefois signaler que l'usage correct du préservatif permet une diminution du risque d'infection par le VIH/Sida. Après ces propos sur les conseils de prévention, il est important de s'attarder un tant soit peu aux stratégies dans la prévention.

### 2.3.1.2- Les stratégies dans la prévention du VIH/Sida

Modifier les comportements sexuels reste à ce jour encore le seul moyen de lutte contre la transmission sexuelle de l'épidémie du Sida (Bajos, Bozon et Ferrand, 1998). L'évolution est lente car il est difficile de communiquer sur un concept relevant strictement de la sphère privée : la sexualité.

En effet, il est indispensable de ne pas se reposer sur les seules campagnes d'information grand public mais d'agir par des actions de proximité, des dispositifs d'écoute, des actions communautaires. La prévention fait partie des prérogatives des ONG et des Ministères de Santé et tend à se déconcentrer afin de rapprocher les décisions et l'élaboration des actions de terrain.

Il faut toujours avoir à l'esprit que modifier les comportements implique de savoir identifier les conduites à risque. De plus, renoncer à l'illusion d'un risque nul et accepter la notion d'une hiérarchisation des risques sont des idées à éclaircir lors des interventions de prévention. Chacun est susceptible de se trouver face à une situation à risque à des différents moments de sa vie et selon le type de relations sexuelles dans lesquelles il est engagé. Les acteurs de prévention se donnent pour mission d'inciter à la responsabilité personnelle. Il faut également préciser qu'il est difficile de garantir l'efficacité d'une action de prévention. Cependant, l'impact des interventions de prévention est majoré si un certain nombre de conditions sont réunies.

Toutefois, il importe de formuler des objectifs clairs et cohérents faisant l'objet d'un consensus, pouvant être étayés scientifiquement et pris en charge de manière durable. Bien entendu, pour qu'une action de santé soit efficace, il convient qu'elle ne soit pas en contradiction avec l'univers dans lequel elle s'inscrit. Enfin, toute action de prévention doit être évaluée. Cette exigence, bien que souvent difficile à mettre en œuvre, est indispensable pour adapter les stratégies d'intervention à une efficacité grandissante.

Il faut également poser la question du public auquel sont destinées les interventions de prévention. Aujourd'hui au Cameroun par exemple, les campagnes de communication du

Sida sont destinées au grand public. En effet, la notion d'information destinée à des groupes à risque a été abandonnée pour éviter un renforcement des effets discriminatoires d'une part et pour combattre les effets de fausse réassurance pour le reste de la population d'autre part. En ce qui concerne les actions de terrain, le problème se pose de façon différente. En effet, les interventions, qu'elles aient lieu à l'école, dans le milieu familial ou le milieu professionnel se déroulent auprès de groupes déjà constitués. L'effort de prévention se tourne plus particulièrement vers les jeunes et les adolescents qui constituent la couche sociale la plus vulnérable. Ces jeunes constituent une cible de prévention privilégiée précisément parce qu'ils sont en train de fabriquer leurs propres représentations de la sexualité.

### **2.3.1.3- Les stratégies camerounaises de lutte contre le VIH/Sida**

Au cours des deux dernières décennies, le problème de la lutte contre le VIH/Sida a occupé une place importante dans le débat et les politiques nationales. C'est ainsi qu'un programme national de lutte contre cette pandémie (PNLS) a été mis en place par le gouvernement et est actuellement en exécution à tous les niveaux.

#### **Présentation sommaire du PNLS**

Le Programme National de Lutte Contre le Sida en cours couvre la période allant de 2006 à 2011. Il a pour but de maintenir le taux de prévalence par le VIH en dessous de 10 % au sein de la population camerounaise.

C'est un programme stratégique et multisectoriel dont les composantes sont :

- Une intensification de l'aspect communicationnel ;
- Une meilleure sensibilisation de proximité ;
- Une incitation au dépistage volontaire ;
- Une implication de l'Etat à la prise en charge médicale ; Une meilleure solidarité dans le soutien communautaire où la société toute entière est partie prenante.

#### **L'action du Gouvernement Camerounais**

Il nous serait très difficile de présenter exhaustivement les différentes actions gouvernementales depuis l'avènement de la pandémie au Cameroun. Il importe toutefois, d'insister sur les plus saillantes. L'action gouvernementale de (1990 à 2006) se résumerait de la façon suivante :

- 1990 :
  - Mise en place du premier PNLS suite aux constats, résultats statistiques, recherche des financements élaborés depuis 1985 ;
  - Sensibilisation des populations dans les hôpitaux et dispensaires à travers les causeries éducatives – surtout lors des visites prénatales – et des affiches. Le Sida jusqu'ici n'était encore que le problème de santé ;
  - Mise en place des premières chaînes de dépistage ;
  - Vulgarisation de l'utilisation du préservatif masculin, avec subvention de « Prudence » qui est vendu sur toute l'étendue du territoire à un prix très bas.
- 1993 :
  - Intensification de la sensibilisation, surtout de proximité,
  - Quatre groupes sociaux à risques ont été identifiés :
    - \* Les forces de maintien de l'ordre ;

- \* Les prostituées ;
- \* Les étudiants ;
- \* Les camionneurs.

Ainsi, de ces groupes à risques, les leaders éducateurs ont été formés et équipés du matériel éducatif (affiches, dépliants, pénis artificiels, albums, etc.) pour la sensibilisation de leurs pairs.

- La recherche médicale sur le traitement, portée sur le F84 ;
- L'augmentation des chaînes de dépistage et la formation des personnels aux techniques de laboratoires ;
- La création au sein du MINSANPUB du service MST – Sida – Tuberculose en charge de la coordination de toutes les activités de lutte contre le Sida au Cameroun.
- 1996
  - La fin des activités de l'ONG américaine AIDSCAP qui a soutenu le Gouvernement dans ses activités de lutte contre le Sida a freiné les actions préalablement menées.
  - La poursuite des activités de recherche a abouti à l'identification des nouveaux sous-types du VIH.
  - La création du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui comporte des représentants de diverses administrations a permis de relancer les activités de lutte.
- 2000 à 2006 :
  - Le gouvernement a mis en place l'actuel PNLIS ;
  - Le programme national de lutte contre le Sida est en application ou en cours de l'être dans tous les ministères, les sociétés d'Etat, les structures sociales publiques, privées ou confessionnelles. ;
  - Le Sida à l'heure actuelle, n'est plus un problème de santé uniquement, c'est un problème de développement ;
  - Le Cameroun tout entier est engagé dans la lutte contre le VIH/Sida. Au sommet de l'Etat, le président de la République n'a pas manqué une seule occasion pour rappeler la nation entière et la communauté internationale à plus de prise de conscience et de responsabilité, notamment :
    - \* Lors des cérémonies de présentation des vœux de nouvel an par les grands corps de l'Etat, les membres du Corps Diplomatique et les Organisations Internationales ;
    - \* Le 17 janvier 2001 lors des cérémonies d'ouverture du 21<sup>ème</sup> sommet France -Afrique ;
    - \* Dans ses derniers messages à la jeunesse à l'occasion de la fête nationale de la Jeunesse et notamment lors de ses messages à la Nation.

- L'épouse du chef de l'Etat, à travers le Cercle des Amis du Cameroun (CERAC), s'est personnellement engagée et a engagé les épouses d'autres chefs d'Etat dans les Synergies africaines de lutte contre le VIH/Sida et les souffrances ;
- L'instauration de la journée nationale du Sida animée par le CNLS au sein du Ministère de la Santé Publique.;
- Insertion de messages dans les Journaux publics et privés, réalisation de spots publicitaires, annonces avant les Journaux télévisés et médiatisation des actions menées dans le cadre de lutte contre cette pandémie par le Ministère de la Communication ;
- Organisation des Journées scientifiques sur le dépistage et la prévention au VIH/Sida. ;

Plusieurs ONG de tous les horizons participent également à la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun, afin de participer de façon efficiente à la préservation des ressources humaines nationales et par là, contribuer encore plus à la lutte contre la pauvreté et aux efforts de développement de la nation toute entière. Après ces propos sur la prévention et les stratégies de lutte contre le VIH/Sida, intéressons-nous maintenant au diagnostic du VIH/Sida.

#### **\*Le diagnostic du VIH/Sida**

Aujourd'hui, au Cameroun, plus d'un patient sur deux ignore qu'il est séropositif au moment où survient une infection opportuniste. Il n'y a pas de dépistage obligatoire au Cameroun, si ce n'est lors d'un don de sang, de sperme ou d'organe. Il est donc de la responsabilité de chacun de se poser la question de son propre statut sérologique vis-à-vis du VIH, en allant faire un test de dépistage. Au Cameroun, le dépistage se fait dans les hôpitaux, les laboratoires, des centres de dépistages anonymes et gratuits, dans les rues et marchés (lors des campagnes de prévention).

Le diagnostic de l'infection à VIH fait appel à la détection dans le sang des patients des anticorps dirigés contre le VIH. La législation française actuelle exige l'utilisation de deux trousseaux sérologiques différents lors des tests de dépistage, car le test Elisa, s'il présente une sensibilité de 99,9% c'est-à-dire qu'il ne passera pas à côté d'une personne infectée), peut donner des résultats faussement positifs, en particulier lors de grossesses multipares. Pour éliminer ce risque de résultat faussement positif, un second prélèvement pour confirmation par un Western-blot est effectué. Ces tests sont des tests à limite, c'est-à-dire que la séropositivité est déclarée si le taux d'anticorps dépasse une certaine valeur fixée par le fabricant du test. Ces tests n'ont pas pour but de détecter la présence du VIH lui-même.

Par ailleurs, la mise en évidence par PCR (polymérase Chain Reaction) de petits fragments d'ARN viral est le test permettant de suivre l'intensité de la réplication virale dans l'organisme infecté (charge virale). Ce test, couplé à la mesure du taux de Lymphocytes T CD4<sup>+</sup>, est essentiellement utilisé pour suivre l'évolution virologique d'un patient avant ou après la mise sous traitement. Il ne peut être utilisé comme moyen de diagnostic.

#### **\*Les traitements du VIH/Sida**

Il n'y a pas à l'heure actuelle de traitement permettant de guérir du Sida, malgré l'existence de traitements comme les trithérapies rétrovirales qui permettent de contenir l'action du virus avec plus ou moins d'efficacité ; on dénombre de nombreux morts chaque jour en particulier dans le tiers monde. Des recherches continuent pour la mise au point d'un vaccin, mais les progrès dans ce domaine sont très lents. Les traitements ne doivent

pas être pris dès le début de la séropositivité, car ils ont de nombreux effets secondaires, à court et moyen terme. La prise ne débute que lorsque le médecin le juge nécessaire, en évaluant cette nécessité sur les bilans sanguins effectués et notamment le rapport charge virale / Taux de CD4. Une fois le traitement débuté, il doit être poursuivi à vie, avec une très grande régularité (car une pause pendant le traitement peut rendre le virus « résistant »).

Les risques de transmission mère-enfant sont de 20 % à 40 %. A l'aide d'un traitement préventif, le risque de transmission peut être considérablement réduit. Un traitement antirétroviral associé à la césarienne et l'allaitement artificiel permet de réduire le risque de transmission à moins de 1 %. La durée courte du travail et le délai court de prise en charge après la rupture de la poche des eaux sont des facteurs de protection contre la transmission maternofoetale.

Nous retenons qu'il n'existe pas de traitement approprié pour guérir du Sida. Cependant, les multithérapies permettent de ralentir la vitesse du virus. Le meilleur traitement à l'heure actuelle reste la protection par le port du préservatif. C'est dans cette optique que notre travail veut mettre en lumière tous les facteurs susceptibles de favoriser la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents, afin de proposer des solutions en vue de l'éradication du VIH/Sida chez les adolescents en particulier et les humains en général. Toutefois, il est toujours important de nous intéresser sur les problématiques développées en sciences humaines.

### **2.3.2- Evolution des politiques par rapport au VIH/Sida : préalables des sciences humaines**

Jackson (1996) a souligné que les politiques de lutte contre le Sida en Afrique sont nécessaires pour plusieurs raisons. Premièrement, l'ampleur de l'épidémie nécessite des réactions organisées qui promeuvent des méthodes efficaces pour la combattre. Une politique clairement définie est nécessaire pour contribuer au changement de comportement qui pourrait avoir un impact notable sur l'ampleur de l'épidémie. Par ailleurs, le VIH/Sida est indissociable d'un sentiment de honte. Les personnes infectées et celles considérées comme courant un grand risque de l'être sont victimes d'une grande discrimination. Ce type de discrimination constitue une violation ou une atteinte aux droits humains fondamentaux de certains groupes de personnes dans la société. Un engagement politique est nécessaire pour sauvegarder ces droits tant pour des raisons éthiques que dans le cadre de la stratégie de lutte contre le VIH. Enfin, une action politique est aussi nécessaire pour faire face aux coûts croissants liés à la maladie, notamment dans les domaines de l'éducation et de l'emploi.

D'une manière générale, les politiques de lutte contre le Sida sont formulées autour de deux axes : moralisme / pragmatisme et coercition / compassion. Ces concepts reflètent les différents intérêts et points de vue existant dans la société. L'axe coercition / compassion oppose une attitude comportementale mettant l'accent sur la contrainte ou la force à une autre attitude qui, elle, insiste plutôt sur la compréhension des besoins sociaux et des difficultés des personnes vivant avec le VIH/Sida ou des personnes à risque tout en reconnaissant que chaque être humain est victime potentielle du VIH/Sida. L'axe moralisme / pragmatisme oppose une attitude consistant à présenter certains comportements sexuels comme immoraux à une attitude qui met l'accent sur le faisable et non sur l'idéal. De ces deux axes, émanent quatre approches globales des politiques par rapport au VIH/Sida en Afrique qui se présentent comme suit : L'approche qui se trouve entre la coercition et le pragmatisme : cette approche propose des actions externes pas nécessairement punitives ciblant les personnes vivant avec le VIH et celles perçues comme appartenant

à des groupes à haut risque considérés comme dangereux pour la société. Les politiques émanant de cette approche insistent sur la nécessité de circonscrire la maladie associée à une éducation et une prévention pragmatiques. L'approche qui se trouve entre la coercition et le moralisme : la politique proposée ici est punitive contre les personnes vivant avec le VIH et celles considérées comme appartenant à des groupes à haut risque. Il existe un préjugé contre le contrôle institutionnel, les personnes infectées et les membres des groupes à haut risque étant perçus comme « eux », soit l'incarnation du mal dans la société (Vass, 1989). Aussi la mise en quarantaine est-elle proposée et la distribution des préservatifs rejetée au motif qu'elle est contraire à l'éthique. Cette politique met l'accent sur la punition comme exemple pour les autres. L'approche qui se trouve entre le moralisme et la compassion : ici, la politique rejette au motif qu'ils sont inhumains des procédés tels que la quarantaine mais rejette également, au motif qu'elles encouragent l'immoralité, des interventions pratiques telles que la distribution des préservatifs et des seringues stérilisées, ainsi que l'éducation sexuelle. Cette approche insiste par conséquent sur une sensibilisation accrue par des prédications qui soulignent ce qui est bon et ce qui est mauvais. L'approche qui se trouve entre le pragmatisme et la compassion : ici, le VIH est reconnu comme un danger pour la société, mais le caractère rationnel des contrôles externes est remis en question. C'est à la société qu'échoit la responsabilité de concevoir une méthode de lutte aussi humaine que possible contre la propagation du VIH/Sida. L'objectif visé est une interaction positive entre la société d'une part et les personnes vivant avec le VIH/Sida et les personnes à haut risque d'autre part (Vass, 1989, Osei Hwedie et Osei Hwedie, 1996). Ici, la politique approuve la distribution des préservatifs et des seringues stérilisées, ainsi que l'éducation sexuelle, et rejette catégoriquement la mise en quarantaine et le test obligatoire. Cette approche reconnaît également que les gens ne vont pas arrêter les rapports sexuels et met l'accent sur des mesures humaines et pratiques. L'idée sous-jacente est que le VIH est un problème qui existe subjectivement et hypothétiquement en chaque individu. La plupart des politiques de lutte contre le VIH/Sida en Afrique Subsaharienne ont rejeté le moralisme pour des raisons pragmatiques. Même s'il peut s'avérer vrai que le VIH/Sida est la conséquence d'une activité sexuelle « immorale », les décideurs se rendent généralement compte qu'on n'obtiendra jamais un changement de comportement généralisé en prêchant la morale ou par des menaces de punition. Ainsi, les politiques de lutte contre le Sida dans la sous-région sont généralement à cheval entre la première approche et la quatrième approche. Les sciences humaines ont fortement contribué à la promotion de la première et de la quatrième approche. Le VIH est circonscrit avec les activités éducatives destinées à changer la culture et par conséquent le comportement. Le message des adeptes des sciences humaines laisse transparaître une volonté de repousser la marée de la permissivité. Le fléau du Sida est imputé à la dépravation sexuelle.

La recherche et le débat sur les sciences humaines en Afrique montrent d'une manière générale que tous les individus sont exposés au risque et que la situation va empirer si de véritables efforts ne sont pas déployés pour lutter contre le VIH/Sida. Le débat sur les sciences humaines a permis que les malades soient considérés comme des victimes et non comme des vecteurs. Il est évident que les politiques africaines sont susceptibles d'éradiquer cette pandémie. Toutefois, pour que ces politiques soient efficaces, les problèmes qui font de l'Afrique le continent le plus touché par le Sida doivent être résolus et la vérité sur l'origine du VIH doit être connue, pour qu'on puisse maîtriser d'autres canaux de transmission qui existeraient et qui n'ont pas encore été jusqu'ici mis en évidence.

Après ces propos sur le VIH/Sida, l'adolescence et la sexualité, il ne nous reste qu'à ouvrir le débat théorique qui sous-tend la raison d'être de notre problématique. Notre étude est fondée sur la théorie du changement de comportement.



## **Chapitre 3 : Fondement théorique de l'étude**

Bernard (1987), cité par Ghiglione et Richard (1993), définit une théorie comme étant « une synthèse qui se propose d'expliquer un grand nombre de faits par le recours à un petit nombre de principe ». Cette synthèse, poursuit-il, « doit sans cesse être soumise à la vérification expérimentale ». Elle doit également tenir compte du caractère dynamique et complexe de l'individu. Une grande partie des études en psychologie n'ont ainsi pas d'autres prétentions que de construire de modèles descriptifs du comportement. Ces modèles sont nécessairement portés par un cadre théorique. Et c'est ce cadre théorique qui dirige les préoccupations scientifiques du chercheur. Notre étude ne déroge pas à ces prescriptions scientifiques. Elle s'arrime à la théorie du changement de comportement, principale grille de lecture de notre étude tout en accordant une place de choix à l'éthique et à la déontologie scientifiques assignées à toute étude qui se veut rigoureuse et sérieuse.

### **3.1– Les fondements théoriques et historiques de la modification du comportement**

---

Il est impossible de comprendre la portée des recherches menées aujourd'hui sur le changement de comportement sans aborder au préalable ses fondements théoriques et expérimentaux. Cet exercice permettra de revisiter les problématiques scientifiques qui ont jalonné l'émergence de la théorie du changement de comportement. Nous irons chercher cet historique avant la révolution behavioriste pour arriver aux travaux actuels sur la modification du comportement.

#### **3.1.1– Avant la révolution behavioriste**

Au moment où apparaît le mouvement behavioriste aux Etats-Unis, le fonctionnalisme vient insensiblement d'ébranler la plupart des fondements théoriques et méthodologiques de l'Ecole Structuraliste. Né en Europe, le structuralisme a consacré la rupture entre la philosophie et la psychologie. Wundt a établi la psychologie comme la science de la nature, lui a donné ses méthodes et a délimité son domaine d'application. La psychologie naissante est définie comme la science de l'expérience consciente. Celle-ci étant par définition inobservable de l'extérieur, la méthode d'investigation sera l'auto-observation ou introspection. Titchener, après un bref séjour en Allemagne, importe le structuralisme aux Etats-Unis. A quelques détails près, il reste fidèle à son maître allemand. L'objet de la psychologie reste l'expérience consciente et le seul moyen d'y accéder, l'introspection. Les buts de la psychologie sont inchangés : réduire les processus conscients à leurs éléments de base les plus simples, en déterminer les lois de composition et les soubassements physiologiques.

Bien que ses principaux précurseurs soient anglais, le mouvement fonctionnaliste est plus spécifiquement américain. Il procède moins d'une opposition aux thèses structuralistes que d'une sensibilité marquée à d'autres héritages scientifiques où l'influence de Darwin est prépondérante. C'est James, aux Etats-Unis, qui prépare le terrain au fonctionnalisme dont il est aussi le premier représentant. Il critique la théorie de Wundt et propose une conception différente de la conscience. Celle-ci n'est plus considérée comme un agglomérat d'éléments distincts, mais est avant tout un flot continu indissociable. Sa fonction essentielle est de favoriser l'adaptation de l'individu à son environnement. James, comme la plupart des fonctionnalistes, ne bannit pas pour autant l'introspection, mais il s'attache à en souligner les limites. Avec cet auteur, se développe en outre une autre dimension importante de la

psychologie américaine contemporaine : son pragmatisme. Au niveau théorique, l'idée de base du pragmatisme est qu'une connaissance n'est vraie que si elle est utile, ou en d'autres termes : une connaissance ne peut être testée que par ses conséquences.

### **3.1.2– Le manifeste de Watson**

Si le passage du structuralisme au fonctionnalisme s'est opéré de manière insensible, la révolution behaviouriste est abrupte ; elle se veut et s'affirme en rupture totale avec le passé. Elle n'a cependant rien d'une création sui generis, et les signes avant-coureurs de son apparition sont nombreux, en particulier : les courants philosophiques du positivisme et du mécanisme, la psychologie animale et le fonctionnalisme. Pour le courant positiviste, la connaissance n'est objective que dans la mesure où elle repose sur des faits observables par plusieurs personnes. L'introspection ne pouvant reposer sur un tel consensus, elle doit être écartée d'une approche scientifique du comportement. Le courant mécaniste est plus ancien ; il a élaboré une vision de l'homme-machine, mis en mouvement par des forces extérieures. Les concepts de stimulus (cause) et de réaction (effet), progressivement élaborés par les physiologistes, permettront le développement d'une psychologie de type mécaniste. La psychologie animale, à la veille du manifeste de Watson, a déjà singulièrement progressé. Loeb a proposé, au siècle précédent, sa théorie des tropismes élaborée sur un modèle strictement mécanique ; Thorndike aux États-Unis a établi la loi de l'effet et, à l'inverse de Romanes et Morgan, il recueille l'essentiel de ses observations au laboratoire.

C'est cependant Pavlov qui fournit à Watson la clé de voûte de son élaboration théorique, en établissant les principes du réflexe conditionné. Nous connaissons les expériences originales de Pavlov ; nous ne rappelons ici que l'essentiel de son paradigme expérimental de base : de la nourriture placée dans la gueule d'un chien entraîne une réaction salivaire. La salivation constitue une réaction inconditionnelle, c'est-à-dire inscrite dans la physiologie de l'organisme. La nourriture qui provoque cette réaction est le stimulus inconditionnel. Si l'administration de nourriture est régulièrement précédée par un signal (par exemple : le son d'une cloche), le chien, après un certain nombre de répétitions, salivera dès l'apparition du signal. Cette salivation survient avant que la nourriture lui soit présentée. Le signal initialement neutre, c'est-à-dire n'ayant aucun effet sur la réaction salivaire, devient capable de la provoquer par association au stimulus inconditionnel. Il est alors appelé stimulus conditionnel et la réponse salivaire est devenue conditionnée.

Enfin, bien que non totalement objective, la psychologie fonctionnaliste a déjà parcouru une partie importante du terrain dans la direction d'une psychologie davantage orientée vers l'étude du comportement et l'utilisation des méthodes objectives dans la collecte des données et le recueil des faits.

C'est dans ce climat particulier que Watson rédige en 1913 son manifeste, dont le retentissement fut et reste considérable. Les points principaux de l'article de 1913 peuvent se résumer comme suit :

- La psychologie est la science du comportement et non l'étude de la conscience par l'introspection.
- Elle est une branche objective et purement expérimentale des sciences de la nature.
- La psychologie doit négliger tous les aspects mentalistes et s'appuyer exclusivement sur des entités comportementales visibles telles que le stimulus et la réponse.

Le but de la psychologie est la prédiction et le contrôle du comportement. Comme on le constate, rien de cela n'est en fait bien neuf. L'apport principal de Watson (1913) est d'avoir

rassemblé en un tout cohérent des idées déjà existantes. L'aspect unique de son manifeste est son caractère provocateur : l'évacuation radicale du champ de la psychologie des phénomènes de conscience. Les méthodes utiles en psychologie et les seules recevables sont alors l'observation des comportements, l'analyse des réflexes conditionnés, le compte rendu verbal et les tests. Toutes ces méthodes existaient déjà, mais la manière d'envisager les faits recueillis est singulièrement modifiée. Ainsi, les résultats obtenus aux tests sont à considérer comme des échantillons de comportements et non comme des mesures ou des indicateurs de facultés mentales sous-jacentes. Le rapport verbal devient un comportement moteur objectivement observable ; il peut donc être analysé comme n'importe quelle autre réaction. De même, la pensée, considérée jusque-là comme un processus mental, est ramenée à la périphérie de l'organisme et se réduit à des comportements moteurs d'amplitude infime. La centration exclusive sur les méthodes objectives et le rejet de l'introspection change la manière de voir le sujet humain dans la situation de laboratoire. Dans le système structuraliste, le sujet est à la fois l'observateur et l'observé. Pour le behaviouriste, son rôle devient moins important : le sujet se comporte simplement, il devient l'objet d'une observation. Les éléments fondamentaux de l'observation sont d'une part le stimulus, d'autre part la réponse (toute contraction musculaire ou sécrétion glandulaire). Entre les deux, dans la filiation directe des travaux de Pavlov, existe une relation de cause à effet : l'organisme réagit au stimulus. Cette relation d'antériorité du stimulus sur la réponse permet la prédiction de la réponse, l'agencement des stimuli, le contrôle du comportement.

Une position aussi radicale et aussi mécaniste (« donnez-moi le stimulus et je peux prévoir la réponse ») ne devrait résister ni à la critique, ni même être suivie à la lettre de la part des continuateurs les plus orthodoxes du behaviourisme watsonien. Il s'est en effet produit chez Watson un glissement insensible d'une position méthodologique à une affirmation théorique : ce qui est hors de portée de l'analyse (la parole intérieure, la conscience, la pensée, etc.) n'existe pas, ou exprimé autrement, ne peut être pris en considération.

Une partie très importante du courant néo-behaviouriste tentera de réintégrer le sujet comme élément intermédiaire entre le stimulus et la réponse, tout en s'efforçant de respecter les critères d'une analyse scientifique du comportement. Mais, à bien des égards, l'orientation de Skinner reste étrangère à ces écoles. Celui qu'on appelle souvent le behaviouriste radical et le continuateur le plus fidèle aux options fondamentales de Watson, occupe incontestablement une place à part dans la psychologie américaine contemporaine.

Si à la base du behaviourisme watsonien on trouve le réflexe conditionné pavlovien, c'est Thorndike qui fournit à Skinner les éléments centraux de son analyse. Comme on l'a vu plus haut, pour Watson, les hommes et les animaux acquièrent de nouveaux comportements par le mécanisme du comportement pavlovien. L'environnement pousse l'individu à réagir d'une certaine façon et, dans une telle théorie, l'individu est essentiellement passif. C'est le schéma des psychologies stimulus-réponse. Cette théorie était difficilement tenable pour deux raisons. D'une part, certains stimuli semblent, par moment, ne provoquer aucune réponse. D'autre part, une fois la réponse émise, il est souvent difficile d'identifier le ou les stimuli déclencheurs. C'est cette approche qui constitue le socle de notre thèse.

- En bref, la thèse centrale du behaviourisme skinnérien peut se résumer comme suit : tous les organismes vivants sont sensibles aux conséquences de leur propre comportement. Pour caractériser ce type de relations entre l'organisme et son environnement, trois éléments doivent être spécifiés : La conduite émise ou réponse ;
- Les circonstances dans lesquelles elle se produit ;
- Les conséquences renforçantes.

L'ensemble des interactions entre ces trois éléments est regroupé sous le terme général de contingences de renforcement.

## **3.2– Les conceptions du changement de comportement**

---

Généralement, nous distinguons deux grandes conceptions du changement de comportement : la conception rhétorique qui tient compte de la rationalité et la conception technologique qui tient compte de l'ajustement des idées aux actes.

### **3.2.1– La conception rhétorique du changement de comportement**

Elle s'adresse à l'homme rationnel : l'idée détermine les actes et donc, pour obtenir un changement de comportement, on cherche à modifier ses idées. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida par le port du préservatif, il est donc nécessaire de modifier les idées néfastes des individus sur le port du préservatif afin d'espérer un quelconque changement.

#### **3.2.1.1– Communication persuasive et changement de comportement**

La finalité essentielle de la communication est de porter la parole humaine. La parole, au sens que lui donne le philosophe français Gusdorf, est une instance qui se situe en amont du langage et de la communication. Tout regard humaniste sur la communication doit donc appréhender celle-ci comme un moyen et non comme une fin en soi. La parole est la finalité, la communication est le moyen. En dehors de la parole, nous distinguons d'autres moyens de communication tels que le geste, l'image, l'écriture qui se déploient à leur tour grâce à de multiples supports de communication comme : le livre, le téléphone, le courrier électronique, le papier, l'Internet, etc. La communication est donc un sérieux problème de psychologie sociale puisqu'elle exerce des influences sur le comportement des individus.

Quelles que soient les évolutions de l'organisme, les changements mis en œuvre contribuent à augmenter les tensions internes. Plus ou moins bien maîtrisée, la communication constitue un des facteurs clés de succès ou d'échec des politiques engagées dans les changements de comportement. La communication persuasive développe l'efficacité des échanges internes et externes et favorise les décloisonnements. Elle peut susciter des changements si elle est bien menée et des résistances dans le cas contraire. Le changement de comportement a généralement recours à la persuasion et l'argumentation. Il s'agit probablement de la démarche la plus accessible et la plus fréquente pour déstabiliser le système de valeur d'une personne. La communication persuasive a sans doute fait l'objet de nombreuses recherches dans la mouvance des travaux initiaux de Hovland et McGuire.

La psychologie sociale lorsqu'elle traite de communication adopte un schéma Emetteur □ Récepteur d'une part, et d'autre part la majorité des travaux ont été effectués dans le cadre de l'influence sociale, en étudiant plus particulièrement la communication persuasive. Ghiglione (1990) par exemple a longuement analysé, à travers ses multiples publications, la part laissée au processus de communication, ainsi que la lente évolution des conceptions des auteurs.

Nous constatons toutefois qu'on est passé, dans un premier temps, d'une conception behaviouriste (Daval, 1963 ; Stoetzel, 1963 ; Flament, 1965 ; Zajonc, 1967) à une conception cognitiviste (Newcomb, Turner et Converse, 1972 ; Moscovici, 1973 ; Von Cranach, 1973) et dans un second temps, d'une conceptualisation de la communication en termes de transmission de l'information (Doise, 1978 ; Leyens, 1979 ; De Montmollin et Rimé, 1984),

à la co-construction de la référence (Ghiglione, 1986, 1988, 1989). La psychologie sociale, tributaire des théories dominantes, a étudié longtemps la communication persuasive selon un modèle plus ou moins behaviouriste, modèle lui-même inscrit dans un modèle linéaire de transmission de l'information. Les recherches en psychologie sociale mettent l'accent sur la forme et la structure des messages émis vers une cible, sur leur contenu, leur sens, les caractéristiques de chacun des termes du schéma de la communication.

De tous ces différents modes, celui de De Montmollin (1977) nous a paru le plus adapté pour mieux appréhender le changement de comportement ou la résistance au changement d'attitudes face au VIH/Sida. Le schéma de communication de De Montmollin présente les différents facteurs du changement de comportement : la source (émetteur), le canal, le message et le récepteur. Dans le domaine du changement de comportement après communication persuasive, l'exploration de ces facteurs est bien avancée. Les études expérimentales ont montré que le changement dépend des caractéristiques de la source, du message, du canal et du récepteur. L'étude du changement d'attitude par communication persuasive met sans doute l'accent sur le changement individuel d'un récepteur isolé de son environnement social habituel et du contexte de société dans lequel se situe l'objet de l'attitude. Ce qui constitue un réel danger pour l'objectivité des études menées en laboratoire.

McGuire (1969) précise que trois grandes caractéristiques de la source (la crédibilité, l'attractivité, le pouvoir qu'a la source de distribuer ou non des récompenses et des punitions) jouent un rôle très remarquable dans l'efficacité du message. De même que pour le récepteur, la confiance et la sympathie sont indispensables pour la persuasion. Il est donc important de tenir compte des caractéristiques des différents facteurs de la communication pour parvenir à la persuasion.

### **3.2.1.2– La résistance à la persuasion**

Mc Guire (1964) a démontré que les gens peuvent être incités à résister à des influences persuasives au moyen d'une inoculation argumentaire de type réfutationnel. L'inoculation dont parle Mc Guire constitue une menace argumentaire faible à l'encontre des attitudes et des croyances initiales de l'individu dans le but de créer un potentiel de résistance à d'éventuelles attaques plus vigoureuses. Mc Guire a comparé deux méthodes d'induction de résistance : la méthode d'imperméabilisation par renforcement et la méthode d'inoculation par réfutation argumentative. Petty et Cacioppo (1986) à base du modèle de la vraisemblance d'élaboration cognitive mettent en évidence un postulat de différences individuelles dans la probabilité d'engagement des sujets à traiter attentivement l'information contenue dans les messages persuasifs. Cacioppo et Petty (1982) avaient également mis en relief un trait de personnalité qui prédispose au traitement intrinsèque du message. Mesuré à l'aide de l'échelle du besoin de cognition, ce trait renvoie à la tendance à s'engager dans les activités cognitives qu'exige un effort et à en tirer du plaisir. Or, comme le suggère la théorie de la dissonance cognitive, dès lors qu'un comportement est affirmé publiquement, la probabilité de s'engager dans un processus d'auto-persuasion est élevée, surtout s'il s'agit d'un comportement dissonant. D'où la nécessité d'appréhender la résistance à la communication persuasive face au VIH/Sida chez les adolescents par la mise en évidence des facteurs internes et externes aux adolescents.

D'une manière générale, la résistance à la persuasion est d'autant plus grande que l'attitude est enracinée dans la personnalité de l'individu, qu'elle fait partie de son identité personnelle et sociale, et qu'elle est partagée par des proches (amis, parents, voisins, frères, etc.) et des groupes de référence. L'environnement psychosocial du sujet peut ainsi

inciter le sujet à la résistance, à la persuasion. Nous prenons l'exemple des professeurs de Lycée qui demandent aux jeunes élèves de s'abstenir et sont encore les premiers à les solliciter pour des rapports sexuels. Il en est de même des parents, des frères, des amis qui sont des mauvais modèles pour les adolescents, dans la mesure où ils ne mettent pas en pratique ce qu'ils recommandent aux adolescents (abstinence, fidélité, condom). C'est aussi le cas des messages de certaines ONG qui sont parfois controversés (paradoxaux). Elles prônent l'abstinence et sur leurs affiches, on voit des petites filles avec des préservatifs. La résistance des adolescents à la persuasion face au VIH/Sida peut aussi découler de la non-maîtrise des émotions et des pulsions sexuelles. Elle peut donc être individuelle.

### **3.2.1.3– La réactance: la résistance individuelle**

Dans son livre sur la réactance psychologique, Brehm (1966) cité par Doise (1978) présente l'amorce d'une théorie psychologique de la liberté. Selon cette théorie, chaque fois qu'un comportement accessible à un individu est pour une raison ou une autre retiré de son champ des possibles (ou menacé de l'être), cet individu ressent une restriction de sa liberté, ce qui éveille en lui un état de réactance psychologique, état émotionnel orienté vers un recouvrement de sa liberté. Cet état sera inféré de divers comportements qui en seraient issus : réévaluation d'un choix menacé, expression d'un choix différent du choix proposé, changement d'attitude inverse à la position présentée, etc. L'ampleur ou l'importance de cette réactance psychologique est fonction de trois facteurs : l'importance des comportements éliminés ou menacés de l'être ; la proportion de comportements éliminés ou menacés de l'être ; et l'intensité d'une menace. Dans le cadre du VIH/Sida, il s'agit de la privation de certains désirs, plaisirs, besoins qui ont une importance incontestable dans la vie du sujet.

Selon la théorie de la réactance psychologique, « les gens pensent qu'ils ont des comportements spécifiques, et lorsque ces libertés sont menacées ou éliminées, l'individu devient motivé pour les rétablir » (Brehm, 1993 ; Brehm et Mann, 1975). La motivation à rétablir ces libertés a deux effets principaux :

- elle favorise la tendance comportementale à exercer la liberté menacée ou éliminée ;
- elle rend plus attractif l'activité ou l'objet par rapport auquel la liberté a été menacée.

Alors que la perspective de la motivation pour le contrôle est relativement générale, la réactance psychologique est spécifique puisqu'elle porte sur la restauration des libertés comportementales menacées ou éliminées (Brehm, 1993).

Nous pouvons résumer la résistance psychologique de Brehm comme suit :

- Augmenter la pression externe □ diminue l'influence
- Priver une personne de son sentiment de liberté d'action □ volonté d'affirmer sa liberté d'action.

Pour cette stratégie (réactance), on peut l'amener à se comporter d'une manière donnée. Par exemple, les films interdits aux moins de 16 ans parce qu'ils sont interdits = désir plus intense de les voir, évaluation plus positive. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, certaines conduites défavorables comme la précocité sexuelle, le multi partenariat, le non-usage du condom, ont été prosrites (interdites). D'après le modèle de Brehm, la résistance des adolescents à ces conduites peut s'expliquer comme suit : précocité sexuelle, multi partenariat sexuel, non usage du préservatif parce qu'ils sont prosrits = désir plus intense chez les adolescents de les pratiquer. Notre préoccupation consiste à montrer que la résistance à l'usage du préservatif constatée chez les adolescents peut se justifier

par les facteurs psychologiques. Dans le cas de la réactance, elle peut être motivée par une évaluation plus positive chez les adolescents. Il faut toutefois noter que les désirs, besoins, plaisirs, émotions suscités par l'acte sexuel selon qu'il est réalisé avec ou sans préservatif peuvent favoriser la réactance et la rendre caduque.

Une autre étude menée par Wicklund et Brehm (1976) sur les changements d'attitudes liées à une situation de censure permet de rendre compte de façon plus précise d'un état de réactance. L'hypothèse de cette expérience considère la censure comme une pression sur la liberté qui pouvait déclencher des réactions pour la préserver. Il est apparu que les élèves informés de la censure avaient développé une attitude encore plus prononcée en faveur de l'attitude interdite. La censure n'a donc aucunement modifié leurs attitudes dans le sens désiré. Dans le cadre du VIH/Sida, la censure est la mort ou les souffrances causées par la maladie.

Les adolescents sont pour la plupart familiarisés aux souffrances, au paradoxe du destin et aux affres de la mort. Poser la question de la lutte contre le VIH/Sida sous cet angle ne produirait pas de changement majeur sur le plan psychologique. Car ils vivent dans un environnement où la souffrance, la douleur et la mort sont leurs fidèles compagnons. Dans ce cas, la résistance psychologique devient encore plus forte. Car l'élément nouveau ne trouve pas de repères sur le plan psychologique.

### **3.2.2– La conception technologique du changement de comportement**

Cette conception du changement de comportement ne s'adresse plus à l'homme rationnel. Ici, il est question de modifier les idées du sujet en lui faisant faire une tâche contre attitudinale, ce qui va dans certaines conditions, l'obliger à ajuster ses idées à ses actes et donc, à modifier son attitude et son comportement. Cette perspective de changement de comportement est fondée sur la dissonance cognitive, l'auto-perception et l'efficacité personnelle perçue ou auto-efficacité.

#### **3.2.2.1– Dissonance cognitive et changement de comportement**

Toutes les théories des attitudes, également appelées théories de la cohérence cognitive, font appel au concept d'homéostasie, c'est-à-dire à la faculté qu'ont les êtres vivants de maintenir ou de rétablir certaines constances psychologiques ou physiologiques qu'elles que soient les variations du milieu extérieur. Ces théories partagent en prémisses le principe de cohérence qui pose la cohérence comme mécanisme organisateur premier : l'individu est plus satisfait avec la cohérence qu'avec l'incohérence. Il faut retenir que l'individu forme un système ouvert dont le but est de maintenir la cohérence autant que possible (on parle aussi de la balance ou d'équilibre). Les changements d'attitude et de comportement résultent de ce principe dans les cas d'incohérence.

Les cognitions sur le port du préservatif d'une manière générale, regroupent tous les éléments cognitifs qui y sont relatifs : les perceptions (c'est-à-dire le sens que les individus donnent au préservatif et au port du préservatif), les attitudes propositionnelles (composante cognitive du port du préservatif) les émotions (composante affective du port du préservatif), les comportements (internalisation des actions ou port effectif du préservatif). De l'ensemble de ces cognitions résultent les attitudes qui sont des dispositions psychologiques positives ou négatives en rapport à un objet concret, abstrait ou à un comportement.

La théorie de la dissonance cognitive considère que deux éléments de cognition (perception, attitudes propositionnelles ou comportementales) sont en rapport ou pas (un lien pertinent les relie ou non). Deux cognitions liées sont soit consonantes (ou cohérentes)

soit dissonantes (incohérentes). Elles sont dites consonantes si l'une entraîne ou supporte l'autre. A l'inverse, deux cognitions sont dissonantes si l'une entraîne ou supporte le contraire de l'autre. L'hypothèse de base de cette théorie stipule de ce fait que la dissonance produit chez le sujet une tension qui l'incite au changement. L'existence d'une dissonance plonge le sujet dans un état inconfortable de sorte que ça le motive à réduire cette dissonance. Plus la dissonance est intense, plus ce malaise psychologique est fort et plus la pression pour réduire la dissonance l'est aussi. Une dissonance peut être réduite en :

- Supprimant ou réduisant l'importance des cognitions dissonantes ;
- Ajoutant ou augmentant l'importance des cognitions consonantes.

Selon Festinger (1957), les notions essentielles de cette théorie sont extrêmement simples : « L'existence simultanée d'éléments de connaissance qui, d'une manière ou d'une autre, ne s'accordent pas (dissonance), entraîne de la part de l'individu un effort pour les faire, d'une façon ou d'une autre, mieux s'accorder (réduction de la dissonance). » Cette théorie a l'intérêt de montrer comment les individus sont portés à réduire l'état perturbateur ainsi engendré. La réduction de la dissonance renvoie à un mécanisme qui diminue la tension intérieure créée par l'existence simultanée d'éléments de connaissances discordantes.

Nous pouvons résumer cette situation par le schéma suivant : Conflit comportement – attitude → malaise, d'où justification (suffisante ou insuffisante (soumission forcée ou librement consentie)) ; effet de l'effort et de la surjustification. Dans le cas du changement d'attitude face au VIH/Sida, ce schéma se présente comme suit : conflit comportement sexuel – attitude → malaise, d'où justification ou surjustification par l'adoption des conduites contre attitudinales, ce qui peut entraîner la résistance ou le changement.

Croyle et Cooper (1983) dans une expérience ont mis en évidence l'apport de l'excitation psychologique et physiologique dans les changements d'attitudes. Leur expérience consiste à écrire un texte contre attitudinal. Le schéma est le suivant : écrire un texte contre attitudinal → dissonance → malaise physiologique et psychologique → changement d'attitude → réduction du malaise. Dans le cas de la sexualité, la dissonance cognitive peut se confronter à une tension sexuelle dont seul l'assouvissement par la satisfaction pourra permettre à l'individu de parvenir à l'homéostasie. Cette tension sexuelle, si elle est mal négociée peut conduire l'individu à une véritable résistance au changement d'attitude et de comportement.

Pour éliminer cette tension, le sujet peut agir de différentes façons :

- Changer la cognition afin qu'elle soit consonante avec la situation : c'est le principe de base de l'apprentissage, ou de l'adaptation, dans la théorie de Festinger ;
- Changer la situation afin qu'elle soit consonante avec la cognition : un sujet peut agir sur son partenaire sexuel pour l'amener dans un état où la cognition est de nouveau consonante avec le port du préservatif.

Il faut également préciser que si une consonance existe, le sujet va éviter les changements d'attitudes ou de comportements susceptibles d'introduire de la dissonance. De même, si une dissonance est présente, l'agent va éviter les changements de cognition susceptibles d'augmenter la magnitude de la dissonance et s'orienter vers des changements susceptibles de la diminuer. En l'absence d'équilibre, ces tendances se manifestent donc par des changements d'attitudes ou de comportements. Pour rendre la théorie de la dissonance cognitive plus utilisable, il faut pouvoir déterminer quelles sont les conditions qui décident si ce sont les attitudes ou les comportements qu'il faut changer. Cela dépend de rapports



d'importance entre ces tendances et de la résistance au changement des différentes cognitions et comportements en jeu.

En effet, les cognitions ne sont pas toutes également manipulables, la probabilité qu'une cognition soit modifiée pour réduire la dissonance dépend de ce que Festinger lui-même nomme sa résistance au changement. La résistance au changement d'une cognition est directement fonction du nombre et de l'importance des éléments avec lesquels elle est consonante, de son ancienneté ainsi que de la manière dont elle a été acquise : perception, cognition ou communication.

Nous convenons donc avec Festinger que la manière dont les individus définissent ce qu'ils font, ce qu'ils pensent de leurs actions et ce qui les amène à changer d'avis et donc changer leur manière d'agir constitue l'unité principale de mesure du changement ou de la résistance au changement. C'est donc la théorie de la dissonance cognitive qui permet de rendre compte du changement ou de la résistance au changement.

### **3.2.2.2– Autoperception et changement de comportement**

Bem (1972) ne conteste en rien la réalité des effets produits par les théories de la dissonance, et notamment ne conteste en rien la réalité de l'effet de soumission forcée selon laquelle le changement d'attitude induit par l'émission d'un discours contre attitudinal est inversement proportionnel à l'importance de la récompense promise au sujet. Il en a simplement une autre théorie, encore plus simple que la théorie de la dissonance : la théorie de l'auto perception (self-perception theory). Selon la théorie de Bem (1972), le sujet déduit ses attitudes de ses propres comportements dont il s'aperçoit. Cette théorie explique bien la formation de nouvelles attitudes, mais elle ne réussit pas à expliquer le changement d'attitude qui se produit quand un sujet est induit par des circonstances pas très nettes à commettre un acte qui contredit manifestement son attitude. Selon Bem (1972), les gens n'ont pas une appréhension immédiate de leurs états internes, ils ne savent pas immédiatement ce qu'ils ressentent. Ils sont donc réduits à faire des inférences à partir des informations manifestes dont ils disposent, c'est-à-dire que le sujet va inférer son état interne à partir de ce qu'il vient de faire et des conditions dans lesquelles il l'a fait. Selon Bem, le changement d'attitude n'aurait rien à voir avec la dissonance.

Bem, comme sans doute tous les théoriciens de la psychologie sociale actuelle, conteste ce présupposé selon lequel nous disposons d'un accès direct à nos états internes. Selon Bem, le sujet peut s'attribuer une attitude par la seule analyse de son comportement et des conditions de ce comportement. Bem pense également que le processus d'auto perception est un processus post-comportemental, autrement dit indépendant du déterminisme du comportement sur lequel il s'applique. La nouvelle perception, connaissance, image, estime de soi à l'adolescence prédispose l'adolescent à l'auto attribution. Le sujet se fait une nouvelle perception de soi, de ses attitudes et comportements qui peuvent le conduire à l'adoption des attitudes sexuelles défavorables, dans la mesure où le bouleversement des pulsions déclenchées par la poussée psychoaffective et physiologique oblige le Moi à une nouvelle organisation. Il traverse une période difficile, car le désir d'autonomie et de liberté peut le conduire à une forte perception de soi et générer des attitudes antisociales. La théorie de l'auto perception a le mérite d'expliquer la formation d'attitude par des situations émotives. Ceci peut se justifier par le fait que la théorie de Bem repose sur la théorie de l'émotion de Schachter (1981).

### **3.2.2.3– Auto-efficacité et changement de comportement**

La théorie sociocognitive de Bandura (1986) distingue trois processus fondamentaux du changement personnel : l'adoption de nouveaux comportements, leur usage généralisé dans diverses circonstances et leur maintien au fil du temps. Les croyances d'efficacité affectent chacune des phases du changement personnel : la décision de changer des habitudes de vie, la motivation et la persévérance nécessaires à la réussite pour ceux qui choisissent de le faire, la restauration du contrôle après avoir fait un faux pas, et le maintien du changement obtenu. Ces processus peuvent également conduire l'individu à une véritable résistance au changement. Pour mieux expliquer les mécanismes pouvant conduire les adolescents à une résistance à l'usage du préservatif face au VIH/Sida, il s'avère nécessaire de présenter les différentes connexions psychologiques et psychosociales y afférentes.

Le fait qu'une personne pense pouvoir se motiver et réguler son comportement joue un rôle crucial dans la décision de changer des habitudes de vie néfastes ou d'entreprendre des activités restauratrices. L'inefficacité perçue à agir préventivement pour sa santé est un obstacle trop fréquent qui mène à la résignation des personnes confrontées à des risques tels que le tabagisme ou l'obésité, alors qu'elles peuvent en fait exercer du contrôle. Mais elles ont peu de raison d'essayer si elles estiment ne pas avoir ce qui est nécessaire pour réussir. Si elles font une tentative, elles abandonnent facilement en l'absence des résultats rapides ou à la suite des rechutes.

Brod et Hall (1984) ont montré dans une étude sur l'abandon du tabac que les fumeurs qui s'estiment incapables d'abandonner la cigarette n'essaient même pas de le faire. S'ils essaient, ils abandonnent rapidement, même s'ils sont préoccupés des risques du tabac pour la santé. Il pourra en être de même des adolescents qui résistent au changement d'attitudes face au VIH/Sida. Il s'agira, dans la plupart de cas, des adolescents qui s'estiment incapables d'observer les comportements préventifs (abstinence – fidélité – condom).

Prochaska et ses collègues ont examiné dans une étude transversale le niveau d'efficacité perçue à différentes phases du changement d'habitudes (Prochaska, Di Clemente et Norcross (1992)). Ils ont trouvé que l'efficacité perçue s'élève lorsque les gens passent de l'indifférence vis-à-vis du changement d'habitudes à une sérieuse prise en compte, puis à la mise en route du changement, et enfin au maintien des changements obtenus. Les rechutes sapent la confiance des personnes en leur efficacité autorégulatrice. Celles ayant un faible sentiment d'efficacité renoncent aux pratiques préventives. De plus, si elles s'estiment incapables de gérer la douleur, elles évitent le traitement correcteur (Klepac, Dowling et Hauge, 1982). C'est dans cette perspective qu'il faut situer la résistance au port du préservatif chez les adolescents. Ils ne le portent jamais, rarement, souvent, moyennement, régulièrement.

### **3.2.2.4– Engagement et changement de comportement**

Lorsqu'on veut obtenir d'autrui qu'il modifie ses idées ou change ses comportements, plutôt que d'adopter une stratégie reposant sur la persuasion, il est souvent plus efficace d'opter pour une stratégie, dite "comportementale", qui consiste à obtenir d'entrée de jeu des comportements préparatoires à ce changement : c'est l'engagement. Changer d'attitude, changer de comportement semble se produire lorsque les individus s'engagent dans leur choix. La théorie de l'engagement est aussi une théorie de rationalisation, c'est-à-dire concernée par les conséquences idéologiques de la réalisation d'une conduite. C'est pourquoi l'engagement est défini par Kiesler (1971) comme « *la promesse faite à soi-même dans le cours de l'action* ». L'auteur s'intéresse ici aux conditions dans lesquelles se déroule la conduite. C'est l'acte qui s'avère engageant et permet l'engagement du sujet.

L'engagement vu sous l'angle de Kiesler (1971) peut être pris comme signifiant le lien d'un individu à ses actes comportementaux. C'est aussi un phénomène « d'adhérence » de l'acte à celui qui l'émet. Seuls nos actes nous engagent et seules les décisions s'accompagnant d'un sentiment de liberté donnent lieu à des efforts de persévération, conséquence de l'"engagement".

On peut moduler les degrés de l'engagement en jouant sur certains facteurs :

- Le sentiment de liberté qui est associé à l'acte ;
- Les justifications fournies par l'environnement sous forme de menace ou de récompense (Il va de soi qu'aux plus fortes menaces ou récompenses sont associés les plus faibles degrés d'engagement) ;
- Le caractère privé ou public de l'acte ;
- La répétition du même acte ;
- Le sentiment de l'individu qu'il peut ou ne peut pas revenir sur le comportement qu'il est sur le point d'émettre ;
- Le caractère plus ou moins coûteux de l'acte.

L'engagement englobe dans la plupart des cas l'équilibre entre la réactivité et le suivi du but dans un système. Il apporte une certaine stabilité au processus de raisonnement du système. L'engagement comporte pour ce faire deux parties : la condition d'engagement, à laquelle le sujet doit se tenir, et la condition de terminaison, sous laquelle le sujet rompt son engagement. Il faut toutefois préciser que les conditions d'engagement dans la plupart des cas sont les intentions. On distingue généralement trois types de sujet engagé :

- Le sujet engagé aveuglément : il renie tout changement dans ses croyances et désirs qui créerait un conflit avec ses engagements, le sujet maintient ses intentions jusqu'à ce qu'il croit qu'il les a réalisées ;
- Le sujet étroit d'esprit : Le sujet accepte les changements dans ses croyances et abandonne ses engagements en conséquence, il maintient ses intentions jusqu'à ce qu'il croit qu'elles sont encore des options ;
- Le sujet ouvert d'esprit : Le sujet accepte les changements dans ses croyances et désirs et abandonne ses engagements en conséquence, il maintient ses intentions tant que ces intentions sont ses buts.

Les expériences menées dans l'étude de l'engagement en psychologie sociale nous autorisent à conclure qu'on peut obtenir des adolescents qu'ils se comportent sexuellement comme on le souhaite, sans avoir recours à l'autorité, aux pressions, ni même à la persuasion. On peut donc exercer une telle influence sur les adolescents sans qu'ils n'aient à mettre en doute leur liberté sur le plan sexuel. Il faut toujours savoir que l'individu « engagé » est un individu libre ou qui se sent libre. C'est la raison pour laquelle Joule et Beauvois (1987, 1998) ont proposé, pour désigner ce phénomène, le concept paradoxal de « *soumission librement consentie* » qu'il est toujours bien d'explorer pour comprendre les changements ou les résistances au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida.

### **3.2.2.5– Soumission librement consentie et changement de comportement**

Cette expression « soumission librement consentie », chère à Beauvois et Joule (1987, 1998) souligne le fait que le changement comportemental n'est pas obtenu autoritairement, ni même par le biais de quelques stratégies persuasives, mais dans un contexte de liberté. Le sujet en arrive à décider de faire ce qu'il n'aurait pas fait spontanément, par exemple, rendre un service à quelqu'un dans l'embarras, défendre une bonne cause, donner de

l'argent pour une œuvre de bienfaisance, etc. Ce n'est donc pas parce que le comportement en jeu est contraire aux convictions ou aux motivations du sujet qu'il se montre peu enclin à l'émettre, c'est plutôt parce que son coût est tel (pour lui en tout cas) qu'il préfère ordinairement s'en dispenser. Aussi, ces procédures semblent utiles à quiconque souhaite aider des individus à modifier leurs comportements.

L'étude scientifique de la soumission sans pression date effectivement des années 1960. En effet, c'est en 1966 que Freedman et Fraser proposèrent à la fois le concept et le principe d'une des techniques susceptibles d'inciter autrui à se comporter tout autrement qu'il ne l'aurait fait spontanément : la technique du « pied-dans-la porte ». Son principe est simple. Il consiste à demander peu dans un premier temps pour tenter d'obtenir beaucoup ensuite. Autrement dit, on amène le sujet à réaliser un premier comportement peu coûteux avant de lui demander de réaliser le comportement plus coûteux qu'on attend de lui. Par exemple, on peut demander aux adolescents d'acheter et d'apprendre à mettre un préservatif (de toujours avoir un préservatif avec lui) avant de leur demander de le porter régulièrement pendant les rapports sexuels. Ainsi, l'acceptation d'une requête peu coûteuse, dans un premier temps, augmente la probabilité d'acceptation d'une requête plus coûteuse dans un second temps. Des adolescents qui acceptent d'acheter un préservatif et de l'avoir régulièrement avec eux ont plus de chance de l'utiliser pendant les rapports sexuels que ceux qui n'ont pas accepté l'acheter et l'avoir avec eux.

La seconde technique de soumission sans pression est l'amorçage. Elle a été expérimentalement éprouvée à la fin des années 1970 à l'université de l'Arizona par Cialdini et ses collaborateurs. L'amorçage (Cialdini *et al.*, 1978) consiste à amener le sujet à prendre une première décision en lui cachant son coût réel ou en faisant miroiter des avantages fictifs. Sa décision prise, on lui délivre l'information totale où on lui fait savoir que les avantages qu'il escomptait ne pourront lui être consentis, ce qui a pour effet de rendre cette décision plus coûteuse ou moins intéressante que prévu. On lui laisse alors la possibilité de revenir sur sa décision.

Le phénomène d'amorçage traduit la tendance qu'a le sujet à néanmoins maintenir sa décision initiale. Cette technique, bien qu'importante et objective, a du mal à être utilisée dans le cas du port du préservatif. Car, le comportement sexuel est sujet d'incertitude et ne se réalise pas tout seul. Toutefois, l'effet d'amorçage se traduit dans la plupart des cas par le fait que l'individu tend à maintenir sa décision initiale, en dépit des dernières informations qui lui ont été communiquées.

La dernière technique de soumission sans pression est « la porte au nez ». Cette technique élaborée par Cialdini *et al.* (1975) repose sur le principe inverse de celui du pied dans la porte, puisqu'on commence par formuler une requête trop importante pour pouvoir être acceptée avant de formuler celle qui porte sur le comportement attendu, une requête évidemment moins importante. Par exemple, on demande au sujet s'il accepterait l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage. Après refus, la seconde requête est formulée : accepter de porter le préservatif pendant tous leurs rapports.

En définitive, l'efficacité de ces trois procédures de soumission librement consentie passe par l'obtention d'un premier comportement (acceptation ou refus) qui a pour effet de rendre plus probable l'émission d'un comportement ultérieur allant dans le même sens. Dans le cadre du port du préservatif face au VIH/Sida, le premier comportement serait l'achat du préservatif et le second comportement son usage régulier. Car, le plus souvent, la seconde décision s'explique par une persévérance ou persistance de la première, même après que l'individu ait été informé des conséquences effectives de son choix initial.

### 3.3– Influence sociale et changement de comportement

---

L'étude du changement est le thème principal de l'activité du laboratoire de psychologie sociale. Son but est de comprendre les mécanismes sous-jacents au changement individuel, social et culturel, pour la recherche fondamentale que pour la recherche appliquée. Pour mieux appréhender le lien entre l'influence sociale et le changement de comportement, il est important de mieux scruter le phénomène d'influence sociale.

#### 3.3.1- L'interaction au cœur du changement

L'influence sociale est un des mécanismes fondamentaux dont se préoccupe la psychologie sociale. Toutes les études qui tentent de saisir ce processus mettent en évidence une dimension essentielle de la relation avec autrui ainsi que de la relation entre individu et société. L'adolescent entretient des relations sexuelles avec des individus qui peuvent exercer sur lui des pressions susceptibles de l'orienter vers une résistance à l'usage du préservatif face au VIH/Sida. La notion d'influence sociale, dans ce cas de figure, conceptualise le fait que les réactions, actions, conduites, attitudes, comportements de l'adolescent sont affectés par les interactions qui s'établissent entre lui et son partenaire sexuel pendant les rapports sexuels.

Selon Fisher (1996), le phénomène d'influence sociale « montre à la fois l'emprise que le social exerce sur l'individu et les modifications qu'elle entraîne au niveau des comportements ». Etant donné que l'individu ne vit pas dans un vide social, il est à noter que le contexte social peut entraîner des modifications du comportement qui n'auraient pas forcément eu lieu en l'absence de toute pression sociale. C'est dans ce sillage que Bloch *et al.* (1997) soulignent que l'influence sociale renvoie à l' « ensemble des phénomènes qui concernent les processus par lesquels les individus et les groupes façonnent, maintiennent, diffusent et modifient leurs modes de pensée et d'actions lors des interactions sociales ». Précisons tout de même que le rapport sexuel auquel nous faisons allusion dans notre étude n'est pas auto-érotique. Le port du préservatif face au VIH/Sida nécessite l'interaction entre deux individus au moins. Faut-il encore signaler que notre regard scientifique est porté vers des rapports hétérosexuels. Dans ce cas de figure, le rapport de force entre homme et femme dans la relation au port du préservatif doit être pris en compte.

L'influence, comme le soulignaient Moscovici (1973, 1979) et De Montmollin (1976) décrit l'acte social. L'influence sociale quant à elle repose sur le paradigme majorité-minorité issu des expériences d'Asch (1936), dans la mesure où les protagonistes de l'interaction se font des pressions réciproques pour s'approprier, contrôler, maîtriser ou orienter l'objet, le statut de l'objet est donc comme le soulignait Emtcheu (2003, p.66) « au centre de l'activité humaine ». Car dit-il, « il légitime la pensée humaine et le rapport à autrui ».

Le paradigme de la psychologie sociale énoncé par Moscovici (1984 : 9) met en évidence deux types de rapports : un rapport objectal et un rapport subjectal. Le rapport objectal est premier à la relation au sujet. C'est l'objet qui prédit le sujet. Le rapport subjectal intervient au moment où il y a échange, interaction entre des partenaires. Le rapport entre les partenaires dans une relation est essentiellement inégalitaire. L'inégalité s'explique par le fait que l'un des pôles de la relation est dominant tandis que l'autre est dominé. La maîtrise de l'objet de la relation donne la majorité psychologique. Dans le cas du port de préservatif face au VIH/Sida, c'est le partenaire qui domine la relation qui impose le port du préservatif ou son contraire. La résistance à l'usage du préservatif chez certains adolescents peut être assujettie à leur statut de « dominés ». Ce rapport de force peut également être plus complexe dans les rapports hétérosexuels, où l'homme par essence a tendance à imposer

sa suprématie sur la femme. La résistance à l'usage du préservatif chez certaines femmes peut provenir de ce rapport de force.

### **3.3.2- La déviance**

L'une des conséquences les plus symptomatiques de l'influence sociale est la déviance, qui peut être définie comme « un type de conduite qui place les individus en dehors d'un système social de règles établies, où leur comportement ne paraît plus régi par elle. » (Doise et al., 2002). Les études sur la déviance en psychologie sociale portent tantôt sur les éléments de réaction à la conformité, tantôt sur les attitudes face aux déviants. C'est dans ce sillage que toute déviation aux normes, règles, lois, prescriptions sociales est une menace à l'intégrité. Elle est également perçue comme un risque de dislocation.

De nos jours, les systèmes sociaux de plus en plus tolèrent de petits écarts par rapport à la sexualité et cette tolérance peut conduire à des déviances plus menaçantes. Nous constatons également que la déviance se produit à partir des interactions par lesquelles le groupe régule l'application des normes, des règles et des principes fondamentaux. Mais ces effets ne réussissent pas toujours dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida et le changement de comportement sexuel face à cette pandémie. Sinon que dire de l'homosexualité, la pédophilie, la précocité sexuelle, les publicités obscènes, la prostitution etc. qui sont des déviances acceptées et tolérées dans nos sociétés modernes même si elles sont de véritables canaux de transmission du VIH/Sida.

### **3.3.3- L'impact social**

La théorie de l'impact social (Latane et Nida, 1980) propose à cet égard un éclairage intéressant. Cette approche montre qu'à l'intérieur d'un groupe, les normes ne sont pas toujours rigides : les individus peuvent conserver une certaine liberté et, dans ce type d'interaction, ils ont un impact les uns sur les autres. Dans ces conditions, un déviant peut jouer de cette situation et amener, par exemple, le groupe vers d'autres positions que celles qu'il avait antérieurement. Plusieurs facteurs d'impact sur le groupe sont définis, selon cette théorie :

- - la quantité des influences différentes : plus il existe des personnes ayant des opinions différentes, plus il est possible d'influencer le déviant ;
- - le poids de l'influence : l'idée de poids est liée ici à la reconnaissance de l'action d'un individu ; ainsi son poids augmente lorsqu'il peut aider, offrir un statut social ou procurer du plaisir à quelqu'un. Dans le cadre du port du préservatif, le non usage, dit-on, procure plus de plaisir. Le problème fondamental dans ce cas de figure serait celui du poids du plaisir.

A travers ces caractéristiques, la théorie de l'impact social indique que les petits groupes comportent moins de sources d'influence et qu'ils offrent, par conséquent, de plus grandes possibilités de liberté. De la sorte, le déviant est à son tour capable d'agir sur la situation et donc d'influencer le comportement des autres membres et l'orientation du groupe. La théorie de l'impact social peut être comparée à une étude d'Asch (1951) portant sur la manière de réduire le conformisme. Ses résultats montrent que si les individus trouvent un appui à leurs points de vue, ils vont résister à la pression et adopter une position de plus ou moins grand écart avec les normes.

Ainsi, les conditions de résistance à l'influence sociale et de déviance en particulier révèlent, plus profondément, un conflit entre un système de valeurs et un système de normes. Ce conflit résulte, pour une part, de l'ambiguïté de la réalité sociale, qui engendre

ces réactions du fait même qu'elle place les individus dans une contradiction permanente entre les valeurs qu'elle propose et les normes à partir desquelles elle sanctionne leurs conduites. Le comportement de déviance a, en fin de compte, le mérite de montrer que l'influence sociale ne fonctionne jamais à sens unique : celui auquel elle est destinée devient à son tour un pôle actif dans ce système relationnel. C'est également ce système relationnel qui détermine le comportement à adopter. Ce comportement peut être un changement ou une résistance au changement.

### **3.3.4- Une psychosocialisation de la résistance au changement**

Il est important de souligner que les changements individuels ou sociaux ne sont pas automatiques non plus mécaniques. On remarque dans les sociétés actuelles des résistances diverses aux changements de comportements sexuels face au VIH/Sida. Ces résistances consistent en un refus de changer de comportements sexuels ou d'habitudes sexuelles favorables à l'éclosion et à l'émergence du VIH/Sida. En psychologie sociale, il est facile d'appréhender les causes de ces résistances.

Généralement, les individus rejettent ou résistent à ce qui est perçu pour eux comme porteur de désagrément, de déplaisir. Cette consistance (plaisir/résistance) a été découverte sur le plan endogène par la psychanalyse, à partir de l'étude des mécanismes de défense. Les mécanismes de défense sont les moyens qu'utilise le Moi pour se défendre contre les pulsions du ça dont la satisfaction risque de lui apporter du déplaisir. Ces moyens permettent au Moi de contenir l'énergie pulsionnelle qui cherche à le contraindre à un accomplissement désagréable. Le Moi à travers les mécanismes de défense arrive à résister au destin de la pulsion, soit en la maintenant insatisfaite, soit en la satisfaisant d'une manière plus appropriée et moins désagréable pour lui. D'une manière ou d'une autre, les mécanismes de défense du Moi lui permettent de résister aux changements endogènes que cherche à instaurer la pulsion. Il est question pour le Moi de combattre le principe de plaisir de la pulsion pour rester conforme au principe de la réalité du surmoi. Ce processus endogène est semblable à celui qui met l'individu en rapport avec son environnement.

En effet, l'individu s'adapte à son environnement par nécessité de survie. Il crée par l'adaptation un équilibre entre lui et son environnement. C'est ainsi que se développent l'habitude, la routine, et que s'installent les schèmes comportementaux et les schèmes cognitifs de base. L'individu a ainsi tendance à éviter tout environnement qui lui cause des difficultés d'adaptation et résistera ou s'opposera à tout élément qui peut créer un déséquilibre dans sa relation avec son environnement. Ceci est dû au fait que tout déséquilibre entre l'individu et son environnement exige de l'individu un effort supplémentaire d'adaptation, ce qui est source de peine (souffrance) pour lui. Le travail adaptatif requiert de l'énergie d'adaptation. Ce qui occasionne et crée un déplaisir, un désagrément. Ce désagrément est d'autant plus accentué que le déséquilibre n'est pas justifié ni bénéfique pour l'individu. Il résulte que l'individu résiste aux changements qu'on veut créer dans son milieu. La tension psychologique est le premier signe de la rupture de l'équilibre personnel et interpersonnel de l'individu.

L'individu résiste parce qu'il a peur de subir la réprobation et la répression du groupe qui serait une raison d'un déséquilibre avec son environnement social. Les approches psychanalytiques et sociales mettent l'accent sur les variables endogènes et exogènes qui conduisent l'individu à la résistance au changement de comportement.

## **3.4- Théories et modèles de changement de comportement de santé**

---

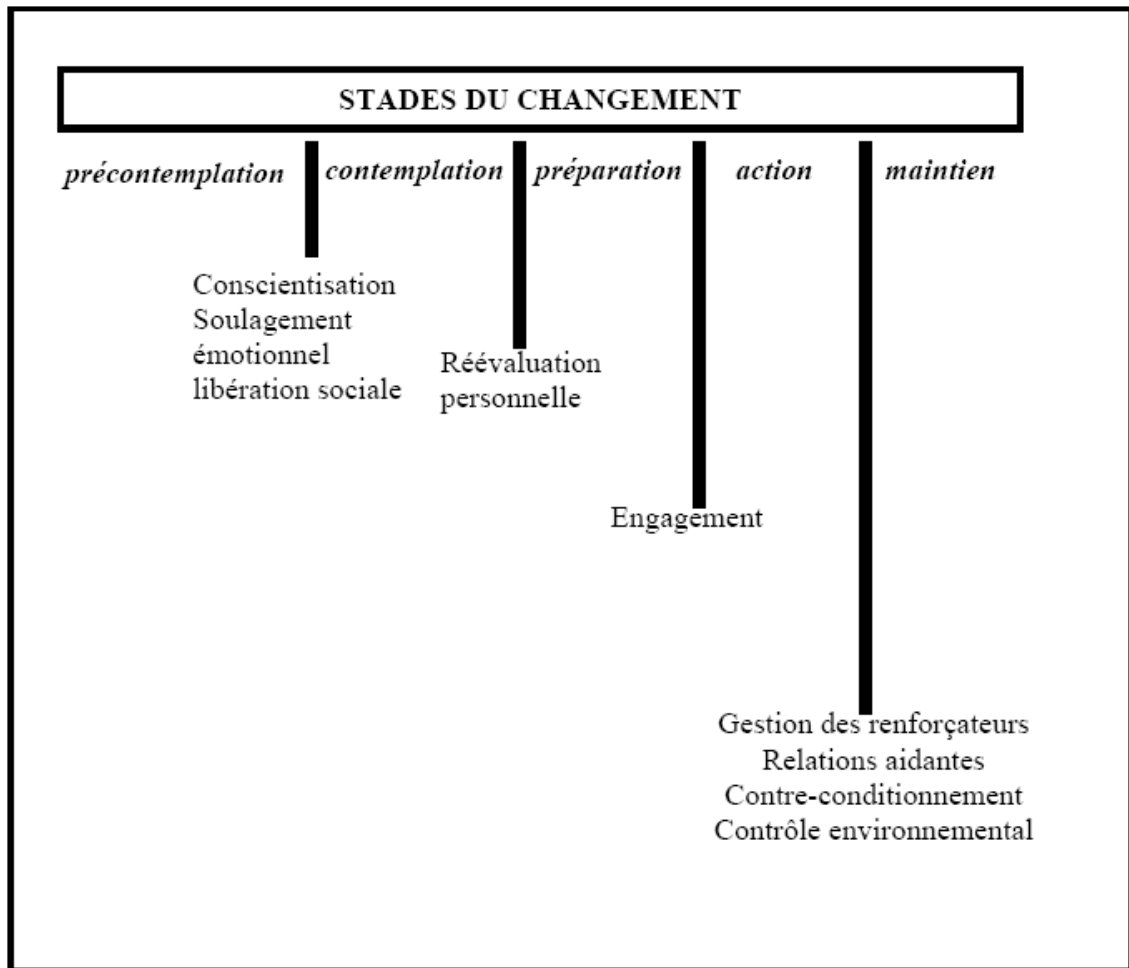
Les hommes ont toujours essayé de comprendre et de prédire les comportements humains. C'est la raison pour laquelle ceux qui travaillent dans le domaine de la santé veulent connaître les facteurs qui agissent sur la promotion de la santé et sur les comportements favorisant la santé. Nous sommes particulièrement désireux de comprendre comment et pourquoi les individus et les groupes sociaux changent de comportements. De nombreuses théories en sciences sociales tentent d'expliquer le changement de comportement. Dans le cadre de notre étude, nous accorderons un regard attentif aux modèles et théories qui cadrent avec notre préoccupation scientifique.

### **3.4.1- Le modèle transthéorique**

Prochaska et DiClemente (1992) ont étudié le processus de changement de comportement, en examinant les différentes variables qui y sont associées et en comparant, leurs résultats avec ceux des nombreuses recherches effectuées dans ce domaine. Le grand nombre de théories développées en psychothérapie sur le changement de comportement a incité Prochaska à en faire le bilan en consultant les dix-huit théories qu'il considérait comme les plus pertinentes parmi celles qui existaient. Il a ainsi complété une analyse comparative de ces théories, parmi lesquelles se trouvaient les idées d'auteurs de grande renommée tels que Freud, Skinner et Rogers. Cette analyse a donné naissance au modèle développé avec DiClemente, qu'ils ont adéquatement appelé le modèle transthéorique du changement, également connu sous le nom de modèle des stades du changement.

Dans ce modèle, Prochaska et DiClemente (1992) ont suggéré que le changement de comportement s'effectue au cours d'une démarche constituée de différents stades ordonnés de façon chronologique, soient : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la terminaison. De plus, ils ont également identifié, à l'intérieur de ces stades, neuf procédés de changement, qui réfèrent aux différents mécanismes que les gens utilisent pour modifier leurs comportements. Ces procédés sont : l'augmentation du niveau de conscience, l'éveil émotionnel, la libération sociale, la réévaluation personnelle, l'engagement, la gestion des renforçateurs, les relations aidantes, le contre-conditionnement et le contrôle environnemental (ou contrôle des stimuli). La figure ci-dessous illustre les stades du changement et les procédés impliqués dans ce modèle.





**Figure 8 :** Modèle transthéorique des stades du changement

**Source :** Prochaska, DiClemente et Norcross (1992).

La figure 8 nous permet de comprendre que les interventions axées sur le modèle transthéorique (MTT) ont été conçues à l'aide de jalons empiriques qui se dégagent des observations susmentionnées. Ces interventions thérapeutiques se distinguent des autres formes d'intervention dans la mesure où elles associent les objectifs thérapeutiques à l'étape du changement où se trouve le client. Leur fondement tient au fait que l'étape de changement reflète des relations systématiques entre trois facteurs qui contribuent de façon non négligeable à l'évolution du client dans la voie du changement (envisager, planifier, amorcer et maintenir un changement). La disposition d'esprit du client à l'égard du changement est un important prédicateur de changement dans les premiers stades de la disposition. Elle se définit sur le plan opérationnel comme un équilibre décisionnel, par lequel le client pèse les avantages et les inconvénients liés à l'amorce du changement.

Toutefois, il est également important de préciser que les processus de changement qui sont mis en évidence et qui sont surveillés durant les étapes précédant l'action sont

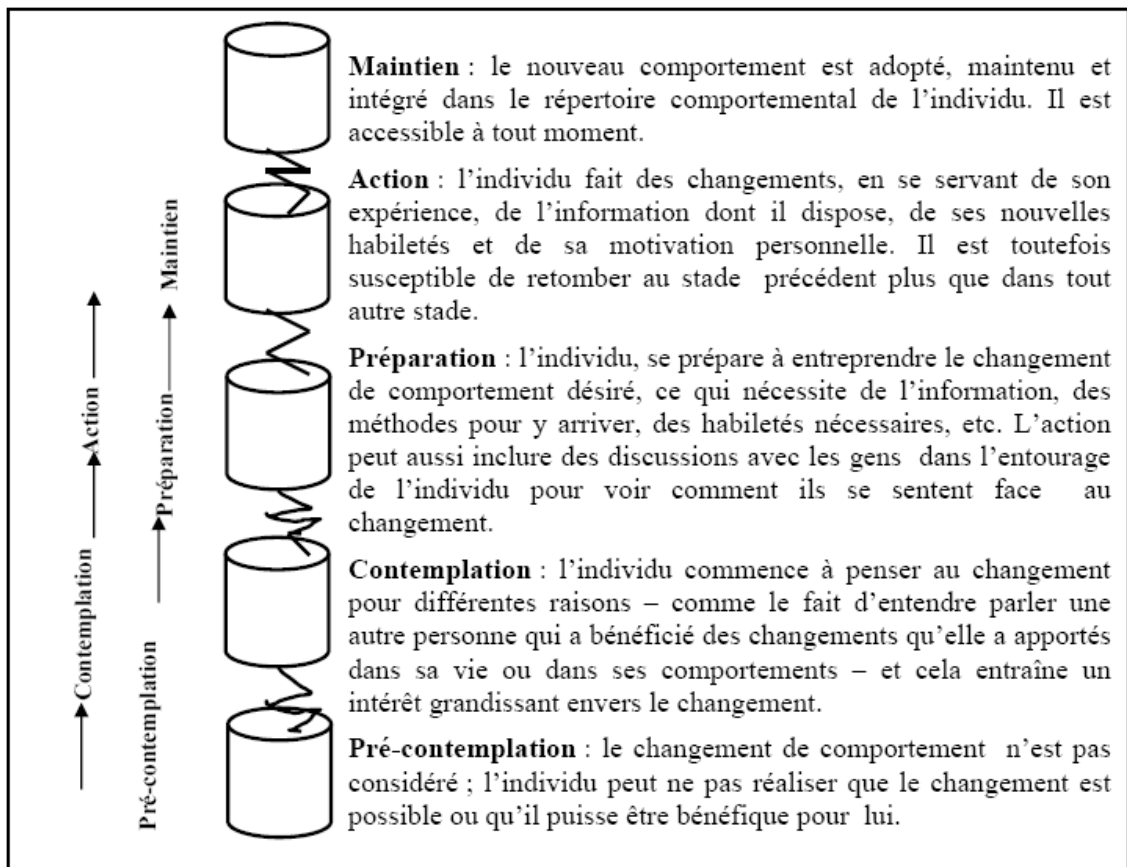
de nature cognitive et affective. Ils témoignent de l'exploration et de la réévaluation que fait le client de ses priorités et valeurs personnelles. En réalité, les clients qui en sont à l'étape précédant l'intention et à l'étape de l'intention sont invités à dresser un résumé de leurs problèmes afin de prendre plus clairement conscience des schèmes pertinents. Les modes de comportement sont mis en évidence au cours des dernières étapes de changement, lorsque les clients ont les ressources voulues pour conserver les gains thérapeutiques dans des situations pouvant entraîner une rechute. En général, l'auto-efficacité croît uniformément au fil des étapes. Au cours des étapes précédant l'action, l'auto-efficacité est d'abord soutenue par le thérapeute, qui renforce le choix et l'engagement du client à l'égard du changement. Quand le client passe à l'action, une rétroaction concernant les résultats permet de soutenir l'efficacité.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida par le port du préservatif, ce modèle peut être extrêmement important pour susciter le changement de comportement sexuel et le port régulier des préservatifs. Ceci pouvait être plus sûr si le préservatif se portait pour soi. Mais il se porte dans la majorité des cas dans une activité mettant en évidence au moins deux partenaires. C'est ce qui constitue l'une des difficultés d'application de ce modèle dans le cas de la lutte contre le VIH/Sida. Néanmoins, il a été renforcé et amélioré par un autre modèle plus rigoureux et plus méthodique : le modèle en spirale des stades du changement de comportement.

### **3.4.2– Le modèle en spirale des stades du changement de comportement**

Dans le modèle original de Prochaska et DiClemente, les composantes étaient organisées de façon linéaire, allant de l'étape de la pré-contemplation jusqu'à celle du maintien du comportement d'un individu. Toutefois, après avoir observé les gens modifier graduellement leur comportement, Prochaska, DiClemente et Norcross (1992) ont conclu que les stades ne suivaient pas une progression linéaire, mais qu'ils faisaient plutôt partie d'un procédé cyclique (en forme de spirale) pouvant varier selon les individus (Sullivan, 1998). Selon cette nouvelle conception du modèle, la démarche de changement de comportement d'une personne entraîne habituellement des rechutes aux niveaux précédents, ainsi que des écarts de conduite temporaires et isolés (Watson et Tharp, 1997 ; cités dans Sullivan, 1998). Cependant, si un individu revient à un stade précédent, il ne devrait normalement pas perdre les progrès et le cheminement effectués dans sa démarche. La progression au prochain stade peut survenir plus rapidement qu'avant, en raison de l'expérience acquise lors des stades antérieurs (Sullivan, 1998). La problématique de progression et de rechute, à laquelle ces auteurs font allusion, présente une fois de plus le caractère ambigu, complexe, incertain et imprédictible du comportement humain. C'est cette ambivalence qui justifie l'incompréhension du comportement sexuel désordonné des adolescents face au VIH/Sida.

La figure ci-dessous illustre le caractère cyclique des stades du changement en expliquant brièvement chacun de ces stades.



**Figure 9:** *Modèle en spirale des stades du changement de comportement*

**Source** : The communication Initiative (2002 a)

A la lumière de la figure 9, nous constatons que l'une des propriétés remarquables du schéma de Prochaska et ses collaborateurs est qu'il n'est pas linéaire, mais circulaire. On peut le dessiner comme une spirale, en y incluant ce qui n'est pas un stade, mais une transition entre deux stades, la rechute. C'est probablement ce qui fait la valeur opérationnelle de ce modèle : en qualifiant la rechute d'état transitionnel, normal en quelque sorte, explicable, voire obligatoire, ils la dédramatisent et permettent au soigné ou au soignant de la dépasser et de reprendre plus aisément la progression. En rechutant, la personne se retrouve à un stade antérieur, plus souvent la préparation que l'indétermination. Mais, ce n'est pas tout à fait la même qu'avant, car elle est plus riche de l'expérience vécue, et la reprise de la progression sera facilitée par les acquis. C'est pourquoi le modèle en spirale en trois dimensions est plus représentatif de cette progression qu'un simple cercle.

Ce modèle s'est avéré plus approprié dans le cadre clinique et il est plus riche que le modèle transthéorique. Car il tient compte des difficultés qu'il était possible de

rencontrer au cours de la démarche de changement de comportement. Il a ainsi permis de mieux comprendre les retours dans les phases précédentes et les variations individuelles observées. Il peut bien être également exploité dans la lutte contre le VIH/Sida.

### **3.4.3– L'approche biopsychosociale**

Au cours des récentes années, nous avons été témoins d'un changement important dans la conception de la santé et de la maladie. Les approches traditionnelles reposaient sur un modèle biomédical mettant fortement l'accent sur les agents infectieux, les médicaments et la guérison des atteintes physiques. Les nouvelles approches adoptent un modèle biopsychosocial bien plus vaste (Engel, 1977).

Selon cette perspective élargie, santé et maladie sont les produits d'interactions entre des facteurs psychosociaux et biologiques. L'analyse des liens psychologiques révèle que les facteurs psychosociaux affectent le système biologique d'une manière qui peut affaiblir les fonctions corporelles et modifier la vulnérabilité aux agents infectieux (Ader & Cohen, 1993 ; Bandura, 1991 ; Cohen & Herbert, 1996). De plus, les habitudes de santé ont un impact important sur le bien-être psychologique et physique. De nombreux troubles chroniques sont partiellement dus à l'association de comportements néfastes et d'un environnement nuisible. Comme les économistes de la santé l'ont amplement démontré, les soins médicaux ne peuvent se substituer aux habitudes et aux environnements favorables à la santé (Fuchs, 1974 ; Lindsay, 1980).

Dans une analyse globale des taux de mortalité dans des pays et entre pays, Fuchs (1974) a montré que les dépenses de soins médicaux n'ont qu'un faible impact sur l'espérance de vie. Des améliorations de la qualité de la médecine préventive et des programmes d'immunisation ont augmenté l'espérance de vie. À côté du capital génétique, la santé physique est largement déterminée par les habitudes de vie et les conditions environnementales. Les individus souffrent de troubles physiques et meurent prématurément essentiellement en raison d'habitudes néfastes évitables. Certains comportements alimentaires augmentent le risque de maladies cardiovasculaires et de certains types de cancer ; la sédentarité affaiblit les capacités et la vitalité cardiovasculaires ; le tabagisme crée un risque important de cancer, de troubles respiratoires et de maladies cardiaques, l'alcoolisme et la toxicomanie font des ravages sur les corps ; les maladies sexuellement transmissibles peuvent entraîner de graves conséquences sur la santé ; des personnes sont mutilées ou amoindries par la violence physique et par d'autres activités caractérisées par les risques physiques ; enfin, des modes dysfonctionnels de *copying* face aux stressseurs peuvent diminuer l'aptitude du système immunitaire à combattre la maladie.

Selon la perspective psychobiologique de la santé, modifier les habitudes de vie et de l'environnement procure d'importants bénéfices. La baisse substantielle de mortalité et de morbidité précoces résulte plus d'un mode de vie favorable à la santé que des technologies médicales. Les bénéfices sanitaires sont accélérés par les efforts de la communauté élargie visant à réduire les habitudes qui affaiblissent la santé (Puska, Nissinen, Salonen & Toumilehto, 1983). Les méthodes psychosociales sont ainsi devenues le principal outil de santé publique.

Fries et Crapo (1981) ont rassemblé une grande quantité de résultats qui montrent que la limite supérieure de la vie humaine est fixée biologiquement. Les gens sont dotés de réserves dans les fonctions organiques bien supérieures à ce dont ils ont besoin. En vieillissant, ils subissent un déclin graduel de cette large réserve biologique, ce qui accroît leur susceptibilité aux maladies et handicaps. Les facteurs psychosociaux déterminent partiellement la qualité de vie potentielle. En modifiant des comportements qui ralentissent

le processus de vieillissement et évitent le développement de maladies et de handicaps chroniques, les gens vivent non seulement plus longtemps, mais en meilleure santé. Si l'on retarde l'apparition des troubles, les problèmes physiques du « grand âge » sont réduits à une courte période à la fin ultime du cycle de vie (Butler & Brody, 1995).

### 3.4.4– Théories cognitives sur le comportement de santé

Les théories cognitives sur le comportement tentent de prédire ce que les individus feront dans certaines circonstances. Le défi ici consiste à déterminer quelles cognitions sont essentielles et quel degré de changement elles annoncent. Une des hypothèses majeures des théories actuelles sur le changement de comportement veut que les intentions d'un individu constituent un facteur essentiel du comportement. On estime que celles-ci sont fonction, à la fois, des conséquences attendues du changement, des influences sociales et des émotions perçues (Fishbein, 1982). La mesure de l'intention a supplanté celle des attitudes, dès lors qu'on entend prédire un changement de comportement. Par exemple, nombreux sont les adolescents qui savent qu'ils doivent utiliser le préservatif et avoir une sexualité responsable et il en découle une intention : ils décident d'acheter un préservatif et de le porter régulièrement pour éviter le VIH/Sida. Si une large proportion de ceux chez qui une telle intention se fait jour procède réellement aux changements de comportements attendus, on en déduira que la mesure de l'intention est un bon outil de prédiction.

Cependant, dans de nombreux cas, notre comportement peut changer ce que nous pensons. Dans le cas de la prévention contre le VIH par le port du préservatif, je peux encore désirer être en bonne santé, mais lorsque je trouve difficile de porter ou d'utiliser un préservatif pendant les rapports sexuels, j'arrête de faire des efforts dans ce domaine. Si cela arrive à beaucoup d'individus, l'intention peut ne pas être une mesure prédictive forte, ou alors, il faut admettre que c'est une fausse intention qui a été mesurée. En vérité, l'observation du comportement humain indique qu'il est plus aisé de trouver de bonnes raisons d'agir comme nous le faisons que de modifier nos actions pour les accorder à nos pensées. C'est ici, la base de la théorie sur la dissonance cognitive, qui prend pour hypothèse que lorsque le comportement d'une personne est en conflit avec ses propres croyances, la dissonance est psychologiquement très inconfortable et le changement s'opérera afin de rétablir une consonance (un accord) entre les pensées et les actes, ce changement s'opère sur l'élément le moins résistant, en général la cognition (Reich et Adcock, 1976).

La plupart des modèles de changement du comportement sont des théories basées sur une hypothèse de volonté, à savoir un comportement déterminé de manière cognitive. Par exemple, la théorie du « *Health Belief Model* » et ses ramifications est fondée, comme nous le verrons un peu plus loin, sur le concept de base, qui veut qu'attitudes et croyances soient les déterminants majeurs du comportement de santé, et que tout comportement réagissant à une menace pour la santé est basé sur deux types principaux de cognitions : l'espoir qu'une action spécifique mène à une amélioration de la santé et la valeur subjective que les gens accordent à une santé améliorée. La divergence dans les comportements est alors liée à l'adéquation des cognitions et à la facilité avec laquelle nous adoptons nos cognitions à de nouvelles expériences.

Dans les théories basées sur les étapes, l'intention est considérée comme la dernière étape avant l'adoption d'un nouveau comportement. Les modèles cognitifs supposent généralement que l'auto-efficacité (confiance en soi, certitude que l'on a les moyens de procéder à un changement) est en jeu et que le rôle spécifique du contexte peut également s'y ajouter, en tant que perception des normes sociales et des barrières à l'action (Masters,

Creer et Gerards, 2002). Les approches cognitives faisant appel à la motivation sont jugées importantes pour ceux qui vont innover de nouveaux comportements. Cette importance accordée aux approches cognitives est en partie due au fait que les cognitions sont des déterminants incontestables du comportement. Toutefois, au regard de la complexité du comportement, il est indispensable de ne pas seulement se référer aux cognitions mais de tenir compte d'autres déterminants aussi importants comme le contexte.

### **3.4.5– Théories concernant le contexte des comportements de santé**

De nombreux facteurs ont été identifiés par l'épidémiologie moderne, comme déterminants environnementaux du comportement : type d'emploi et statut, revenus, instruction et niveau d'éducation, répartition de la prospérité dans la société, services communautaires et services de santé et accès à ces services (Evans et Stoddart, 1994). Dans le cas du VIH/Sida, ces déterminants n'ont aucunement une influence particulière. Le VIH/Sida n'a pas une population cible bien qu'il y ait des populations à risque trop élevé. Tout le monde peut attraper le VIH/Sida. C'est la raison pour laquelle le contexte auquel nous faisons allusion est le lieu, le milieu, l'environnement, l'atmosphère, les circonstances dans lesquelles les partenaires sexuels ont leurs rapports sexuels.

Des études psychologiques et culturelles montrent que la situation socio-politique, la contrainte, l'exclusion, la discrimination, et les tabous jouent un rôle dans les choix comportementaux (Rangan et Uplekar, 1999). La difficulté qu'il y a à définir le rôle du contexte dans le comportement et dans ses changements est que les individus varient dans leur manière d'interpréter une situation donnée et de réagir à cette situation. Les déterminants environnementaux toutefois influencent directement le comportement en limitant l'accès à certaines actions, de même que par le biais des cognitions, en particulier la perception des choix de comportements qui sont disponibles.

La perspective psychoécologique permet de constater que le comportement humain est fonction du milieu. L'interaction entre l'organisme et le milieu est comprise dans sa perspective la plus courante telle qu'on la retrouve chez les interactionnistes. Pour eux, le comportement est la résultante de l'interaction organisme et milieu. D'où l'opération suivante :

$$\begin{array}{ccc} C = \text{comportement} & & f = \text{fonction} \\ \boxed{C = f(O, E)} \text{ où } & E = \text{environnement} & O = \text{organisme} \end{array}$$

Le comportement est, dans cette opération, une variable dépendante qui est fonction de l'environnement (contexte) ou de l'interaction entre les deux. La perspective psychoécologique repose sur l'idée fondamentale selon laquelle l'environnement et la personne s'influencent permanemment. C'est dans ce sillage que Barker stipulait qu'il existe « des similitudes entre les éléments du milieu et les comportements qu'on y retrouve » (Barker, 1975). Dans cette conception, l'environnement (sous la forme de relations interpersonnelles) façonne et maintient le comportement, mais les individus peuvent réagir et changer leur environnement.

D'une manière générale, les théories environnementales tendent à regarder au-delà de la volonté individuelle et rejettent à des degrés divers le souhait ou d'autres cognitions, pour se baser sur l'hypothèse que même si les attitudes interfèrent dans

les réactions d'une personne à un contexte, c'est l'environnement qui influence les choix comportementaux. On dit d'une théorie générale liée au contexte qu'elle est une approche « écologique », si elle identifie des niveaux d'influence multiples et réciproques : facteurs individuels et intrapersonnels (biologie, psychologie et comportement), facteurs interpersonnels, institutionnels ou organisationnels, facteurs communautaires et de politique publique. Cette perspective donne aux éléments cognitifs un rôle relativement modeste dans le comportement de santé lié au contexte, qui est divisé en plusieurs catégories.

Les modèles structurels considèrent que le changement d'un comportement individuel est le résultat de changements dans les conditions organisationnelles à l'intérieur desquelles les individus vivent et travaillent. Le fait de changer de structure permet au changement de s'opérer. La recherche effectuée par les systèmes de santé adhère à un modèle structurel de comportement.

Le modèle « *Grounded Theory* », un modèle socio-structurel souvent utilisé pour étudier les différences entre les sexes en matière de santé, examine les expériences subjectives par le biais d'une recherche qualitative afin de déterminer les processus structurels et sociaux dominants qui sont responsables des plus grandes variations de comportement dans une situation donnée. Ces mêmes processus sont alors au centre des actions pour faciliter le changement de comportement des individus.

Les modèles participatifs, quant à eux, sont basés sur l'affirmation que l'aspect fondamental d'un changement continu provient d'un changement social orchestré par la communauté elle-même (George, Green et Daniel, 1996). Les études participatives s'intéressent aux programmes définis à un niveau communautaire qui mettent l'accent sur la nécessité que les différents secteurs de la société travaillent ensemble pour obtenir un changement désiré et défini par la communauté.

Toutefois, précisons que l'incitation est une stratégie essentielle pour le changement social. C'est une tentative systématique d'obtenir un soutien politique et social de la part de la population en faveur de changements liés à la santé. Elle ne propose pas de solutions individuelles mais tente de recueillir le soutien nécessaire pour réaliser des changements dans l'environnement social qui justifient ou invalident certains comportements, créant des changements dans les conditions sociales qui permettent aux individus d'adopter un comportement sain (Chapman, 2001 ; Wallack, Dorfman, Jernigan *et al.*, 1993). La mobilisation sociale est une extension de ce principe d'incitation pour obtenir des changements dans les conditions sociales.

#### **3.4.6- Le « *Health Belief Model* » (HBM)**

Les concepteurs du HBM ont été plutôt fascinés par le manque répandu des individus à s'engager dans les mesures (les décisions) de protection sanitaire. Le HBM est influencé par les travaux de Lewin, qui déclare que c'est le monde du percepteur qui détermine son comportement. C'est donc à la suite des travaux de Lewin, que Hochbaum initie la première recherche sur le HBM en 1952 pour une tentative d'identification des facteurs sous-tendants la décision des individus pour obtenir une radiographie de la poitrine pour le dépistage précoce de la tuberculose.

Tout comme Lewin, les premiers chercheurs (Hochbaum, Rosenstock et Kegeb) ont inclus dans ce modèle un composant fort du monde perceptif de l'individu se comportant. Plus tard, ils ont inclus la motivation comme un autre composant important. Ils se sont également intéressés à la dynamique de l'individu, croyant que ses expériences antérieures influencent son action. C'est ainsi que le HBM a été appliqué à toutes les études et à tous

les types de comportement de santé. Il ressort de ces travaux que la motivation qu'a une personne pour entreprendre un comportement de santé peut être divisée en trois principales catégories : les différentes perceptions, les comportements de modification et la probabilité d'action.

Le HBM est un modèle psychologique qui essaye d'expliquer et de prévoir des comportements de santé en se concentrant sur les attitudes et les croyances des individus. Le HBM a été développé dans les années 50 en tant qu'élément d'un effort pour les psychologues sociaux dans le service de santé publique des Etats-Unis pour expliquer le manque de participation publique aux programmes de criblage et de prévention de santé. Depuis lors, le HBM a été adopté pour explorer de comportements de santé à court et à long terme y compris les comportements sexuels à risques élevés et la transmission du VIH/Sida. Les variables principales du HBM sont présentées comme suit (Rosenstock, Strecher et Becker, 1994) :

- **Menace perçue** : elle se compose de deux parties : susceptibilité perçue et sévérité perçue d'un état de santé.
  - **Susceptibilité perçue** : perception subjective au risque de contracter la maladie
  - **Sévérité perçue** : sentiments au sujet du sérieux de contracter une maladie ou de la laisser non traitée (évaluations y compris des conséquences médicales et cliniques et des conséquences sociales possibles).
- **Avantages perçus** : l'efficacité crue (perçue) des stratégies conçues pour réduire la menace de la maladie.
- **Barrières perçues** : les conséquences négatives potentielles qui peuvent résulter de l'adoption des mesures préventives (particulières) de santé, y compris l'examen médical, psychologique, et les dépenses financières.
- **Sélection à l'action** : évènement corporels (par exemple, symptômes physiques d'un état de santé) ou ambiants (par exemples, publicités des médias) qui motivent des personnes à agir (pour agir). Les sélections aux actions est un aspect du HBM qui n'a pas été systématiquement étudié.
- **D'autres variables** : Les variables démographiques, psychosociologiques et structurales diverses qui affectent les perceptions d'un individu et de ce fait influencent indirectement le comportement relatif à la santé.
- **L'auto-efficacité** : La croyance pour l'individu de pouvoir exécuter avec succès le comportement requis pour produire les résultats désirés. (Bandura, 1977).

Le HBM était l'un des premiers modèles qui ont adapté la théorie des sciences comportementales aux problèmes de santé, et reste l'un des cadres conceptuels les plus largement identifiés du comportement de santé. La préoccupation principale de ce modèle était d'augmenter l'utilisation des services préventifs. Les concepteurs de ce modèle ont supposé que les gens craignent les maladies et que les actions de santé doivent être motivées en fonction du degré de crainte des individus (menace perçue) et de potentiel prévu de réduction de crainte au niveau des actions, pour que ce potentiel soit supérieur à des obstacles pratiques et psychologiques à agir (les avantages nets). A partir de l'exploration et de l'application de ce modèle, il est très difficile de comprendre les raisons de la résistance à l'adoption des conduites préventives du VIH/Sida chez les individus.

Le HBM a été appliquée à une variété de programmes d'éducation sanitaire comprenant l'éducation sexuelle. Puisqu'il est basé sur les motivations à agir des personnes (comme les



motivations pour le port du préservatif). Il peut être un bon ajustement pour les programmes d'éducation à la sexualité qui se focalisent sur les aspects ci-dessous :

- **Prévention primaire** : par exemple, les programmes qui visent à empêcher la grossesse, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH en augmentant l'utilisation du condom ;
- **Prévention secondaire** : par exemple, les programmes qui visent à augmenter, favoriser le dépistage (MST, VIH) pour réduire leur diffusion par l'intermédiaire des rapports non protégés et pour assurer le traitement.

Le HBM n'est pas un bon ajustement pour les programmes complets d'éducation sexuelle qui couvrent une variété d'information liée à la sexualité mais son action n'est pas spécifiquement orientée. L'application du HBM à l'abstinence sexuelle est possible mais n'est pas nécessairement un bon ajustement. Les adolescents s'abstiennent sexuellement pour plusieurs raisons : personnelles, religieuses, logistiques pas toujours pour éviter principalement une menace perçue des résultats négatifs de santé.

L'un des problèmes qui affectent le HBM est que des questions différentes sont employées dans différentes études pour déterminer la même croyance ; par conséquent, il est difficile de concevoir les essais appropriés du HBM et de comparer ses résultats à d'autres résultats d'études. Une autre raison pour laquelle la recherche ne soutient pas toujours le HBM est que les facteurs autres que la croyance de santé influencent également et fortement des pratiques en matière de comportement de santé. Ces facteurs peuvent inclure : influences spéciales, facteurs culturels, statut socio-économique et les expériences antérieures. C'est ainsi que nous trouvons nécessaire d'explorer une autre théorie comme la théorie sociale cognitive qui accorde un regard particulier aux facteurs sociaux pour mieux comprendre les raisons de la résistance au changement face au VIH/Sida.

### 3.4.7- La théorie sociale cognitive (TSC)

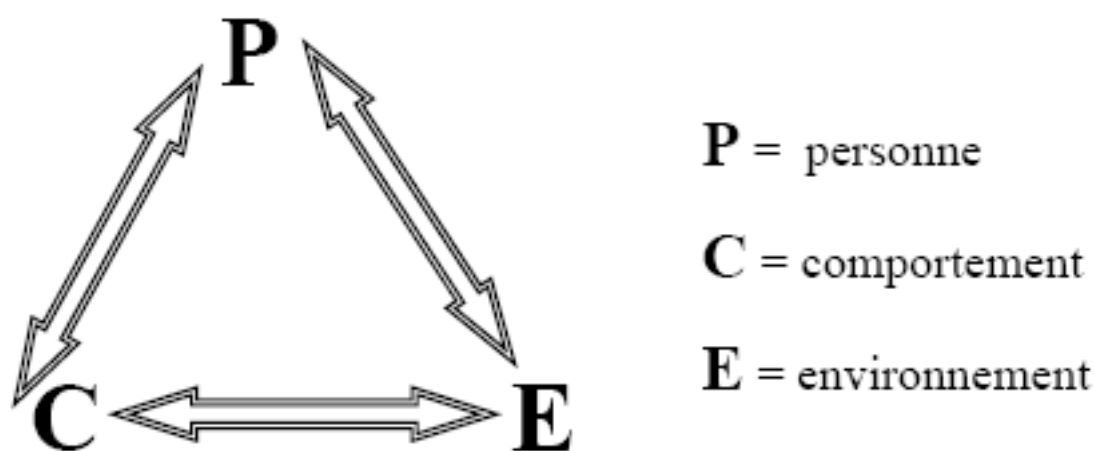
Les travaux de Bandura connaissent un succès marqué depuis de nombreuses années. Ils ont d'abord été célèbres dans le domaine de l'apprentissage social (Bandura, 1980), ils le sont aujourd'hui avec le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) (Bandura, 1986, 1997). Mais ces concepts phares valent surtout par leur intégration dans un ensemble théorique éprouvé : la théorie sociale cognitive (TSC) qui inspire des recherches et des applications dans des secteurs aussi variés que la psychologie clinique et pathologique, l'éducation, la santé, le travail ou le sport. Nous-mêmes avons trouvé, dans cette TSC, des fondements solides pour illuminer nos réflexions sur la production, le changement et la résistance au changement de comportement sexuel chez les adolescents.

La TSC provient de la psychologie et tire ses racines du behaviorisme et de la psychologie sociale. Le behaviorisme fut l'objet d'un débat important sur la possible existence de processus médiateurs entre le stimulus et la réponse ; en effet, les opinions étaient divisées à savoir si le comportement n'était que la conséquence de renforcements et de punitions ou s'il pouvait antérieurement avoir été initié par un feed-back. Certains psychologues avaient déjà proposé la notion de médiateur : nous pouvons penser à William James avec sa notion d'habitude, Freud avec sa notion de pulsion, Tolman, avec celle de la cognition. En 1930, Tolman défendit l'idée qu'une autre variable intervenait comme médiateur entre le stimulus et la réponse ; il introduisit alors le concept d'attente. Avec l'introduction de la cognition, les trois variables du comportement se trouvaient réunies pour l'élaboration de la théorie de l'apprentissage social (TAS) qui allait donner naissance à la théorie sociale cognitive.

La TSC définit le comportement comme une « triade dynamique » dans une interaction réciproque de facteurs personnels, de comportement et d'environnement. Ici, ce sont les processus cognitifs qui sont les premiers médiateurs du comportement ; ainsi les conséquences de la réponse seront utilisées pour façonner le traitement des futurs comportements et ceci avant même que le comportement ne soit engagé. De plus la TSC stipule que la majorité des comportements sont appris par imitation (apprentissage vicariant).

Pour la TSC, l'important apport de la cognition implique que la pensée est une force active qui construit la réalité de chacun d'entre-nous, sélectionnant l'information, et choisissant des comportements sur la base des attentes et des valeurs. Par le biais du feed-back et de la réciprocité, la réalité d'un individu se forme grâce à l'interaction de l'environnement et de la cognition. Cependant, le traitement de l'information (attention, mémoire, capacité d'utiliser des symboles, et habiletés de résolution de problèmes) change avec le temps, selon le niveau d'expériences et de maturation. Ainsi, la compréhension des processus impliqués dans la construction de la réalité de chacun d'entre nous permet la description du comportement, sa prédiction et la capacité de le changer.

La théorie sociale cognitive est basée sur la notion d'interaction. Bandura (1986) précise qu'il ne suffit pas de considérer le comportement comme étant fonction des effets réciproques des facteurs personnels et environnementaux les uns sur les autres mais que l'interaction doit être comprise comme un déterminisme réciproque des facteurs personnels, environnementaux et des comportements selon le schéma ci-dessous :



**Figure 10** : Schéma des déterminismes réciproques dans la théorie sociale cognitive de Bandura (1986).

Ainsi, dans cette conception, l'influence de l'environnement sur les comportements reste essentielle ; mais à l'inverse de ce qu'on trouve dans les théories behavioristes de l'apprentissage (conditionnement classique et opérant) une place importante est accordée aux facteurs cognitifs, ceux-ci pouvant influencer à la fois sur le comportement et sur la perception de l'environnement. Cette perception est en effet plus déterminante que les conditions réelles dans lesquelles se trouve l'individu. Pour Bandura (1980), les humains ne répondent pas seulement à des stimuli, ils les interprètent. Bandura cite plusieurs exemples montrant que l'effet de la situation sur le comportement (renforcement) ne devient vraiment

significatif que lorsque le sujet prend conscience de ce renforcement. Mais ce modèle de causalité triadique et réciproque n'implique ni que chacun des trois facteurs intervienne avec la même force dans une situation donnée ni que les trois facteurs soient concernés en même temps.

La bi-directionnalité de l'influence signifie aussi que les personnes sont à la fois produits et productrices de leur environnement (Wood et Bandura, 1989). Le comportement d'un individu peut affecter sa façon d'expérimenter l'environnement à partir de son attention. Ainsi, à partir d'une vaste gamme de possibilités, l'individu choisira ses interactions et ses activités selon ses préférences et ses compétences. L'agressivité d'un individu pourrait par exemple influencer son milieu en provoquant un environnement hostile. La capacité d'influencer son propre destin, tout en reconnaissant que tout individu est soumis à certaines règles, s'inscrit dans cette influence bidirectionnelle. Les individus ne sont ni esclaves de leurs pulsions, ni jouets de leur environnement. Ainsi, selon le réseau d'influence, ces derniers (individus) contribuent à leurs propres motivations, comportements et développement.

Dans la TSC, la gravité perçue des problèmes de santé et le risque d'en être victime représentent le côté néfaste des attentes de résultats physiques, tandis que les bénéfices de santé perçus en constituent le côté positif. Selon la TSC, les influences normatives régulent le comportement par l'intermédiaire de deux fonctionnements : les sanctions sociales et les auto-sanctions (Bandura, 1986). Les normes sociales influencent le comportement de manière anticipatoire par les conséquences sociales qu'elles produisent. Le comportement qui viole les normes sociales dominantes suscite une censure sociale et d'autres conséquences dommageables, tandis que le comportement qui correspond à des normes socialement valorisées est approuvé et récompensé.

Cependant, les gens n'agissent pas uniquement sur la base de sanctions sociales anticipées. Ils adoptent certains critères de comportement et régulent leurs actions de manière anticipatoire par l'intermédiaire des conséquences auto-évaluatives qu'elles génèrent pour eux-mêmes. Les normes sociales véhiculent également des critères de conduite. L'adoption de critères personnels crée un système autorégulateur qui agit largement par l'intermédiaire d'autosanctions internalisées (Bandura, 1991). Les gens se comportent d'une manière qui leur procure de l'autosatisfaction, et ils évitent d'agir d'une façon qui viole leurs critères car ce comportement produira une autocensure. Cette conception peut expliquer la résistance à l'adoption des comportements préventifs du VIH/Sida (abstinence, fidélité, port du condom). Car, il s'agit là des comportements donc l'adoption et la pratique ne procurent pas du plaisir. Les gens résistent donc au changement de comportement pour des besoins de plaisir et de satisfaction sexuels.

Bien que les concepts centraux des modèles de Ajzen et Fishbein soient appelés attitudes et normes sociales, les deux sont opérationnalisés comme des croyances relatives aux résultats. Le facteur d'attitude réfère aux coûts et bénéfices anticipés du comportement et le facteur normatif réfère aux résultats sociaux anticipés. La TSC englobe ces deux types d'attentes de résultat plus le troisième type important, qui est enraciné dans les critères personnels et les autosanctions. Ajzen (1985) a élargi le modèle conceptuel de l'action raisonnée en y ajoutant le contrôle comportemental perçu. La recherche de Dzewaltowski (1989) indique que ce contrôle mesure essentiellement le sentiment d'efficacité personnelle des individus. Donc, quand l'efficacité personnelle perçue est incluse comme prédicteur, le contrôle comportemental ne produit pas de contribution indépendante à la performance. Dans des tests comparatifs, le modèle élargi, appelé théorie du comportement planifié, a un plus grand pouvoir prédictif que la version originale dépourvue du facteur à identique

à l'efficacité. Avant d'explorer le modèle élargi et la version originale (la théorie de l'action raisonnée) intéressons-nous un tant soit peu au modèle de motivation de protection qui pose des problèmes du sentiment d'auto-efficacité sous l'angle cognitif.

### **3.4.8- Le modèle de motivation de protection**

Dans le cadre du modèle de motivation à se protéger (que nous nommerons PMM pour « *Protection Motivation Model* »), Rogers (1975, 1985) met l'accent sur les réactions cognitives médiatrices de la stratégie d'action et expose dans le même temps des règles d'élaboration pour construire un message de prévention fondé sur la peur efficace. Selon la théorie de la motivation à la protection (Rogers, 1975), l'intention de se protéger est une fonction multiplicative du jugement a) de la probabilité d'apparition de la menace ou vulnérabilité, b) de la sévérité de la menace et c) de l'efficacité des recommandations proposées. La combinaison de ces trois variables cognitives éveillerait la motivation à la protection qui, à son tour, favoriserait l'adoption des recommandations proposées dans le message. Par exemple, un adolescent sexuellement actif se protégerait du VIH/Sida, s'il était persuadé de contracter le VIH pendant les rapports sexuels non protégés (vulnérabilité), que ce virus est fatal (sévérité) et qu'un bon moyen de s'en prémunir consiste à porter un préservatif pendant les rapports sexuels (efficacité des recommandations).

Une nouvelle version de la théorie de Rogers (1983) introduit le concept d'efficacité personnelle (self-efficacy ou personal efficacy) comme quatrième variable cognitive médiatrice de la motivation à la protection (Maddux et Rogers, 1983). Ce concept provient de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1997, 1998) et réfère à la capacité perçue de l'individu d'adopter la recommandation proposée ou de faire ce qu'on lui demande. Les recherches montrent que l'efficacité des recommandations et l'efficacité personnelle sont de bons prédicteurs de l'intention d'adhérer aux recommandations et motivent les individus à se protéger (Floyd, Prentice-Dunn et Rogers, 2000 ; Girandola, 2000 ; Witte et Allen, 2000). Classiquement, un message apeurant comprend deux parties. La première est consacrée à la description de la sévérité de la menace et à la vulnérabilité de la population concernée. La seconde propose des recommandations destinées à faire face à cette menace. Elle préconise soit un comportement de détection (par exemple, auto-examen des risques sexuels courus) en insistant à la fois sur sa facilité et sa fiabilité, soit à un comportement de prévention (par exemple, s'abstenir sexuellement, être fidèle à un partenaire, porter régulièrement un préservatif pendant les rapports sexuels).

Les adeptes du PMM recommandent aux émetteurs de campagnes de santé publique de présenter dans un message, en plus des menaces liées au comportement incriminé, les aides existantes pour adopter plus facilement la solution préconisée (pour le port du condom, on trouve par exemple la baisse du prix des condoms, la distribution gratuite, l'apprentissage de son usage, la valorisation du condom...). Ces différentes conditions au déclenchement d'une stratégie d'action ont effectivement été validées dans de nombreuses études sur le changement de comportement, où il a été montré qu'un message phobique est d'autant plus efficace qu'il est accompagné de solutions jugées pertinentes et possibles à mettre en œuvre pour le prospect (Leventhal *et al.*, 1967 ; Rogers et Thistlethwaite, 1970 ; Rogers et Deckner, 1975 ; Rogers et Mewborn, 1976 ; Rogers *et al.*, 1978 ; Rosen *et al.*, 1982 ; Maddux et Rogers, 1983).

Des analyses multivariées ont été conduites par des programmes de santé destinés à favoriser diverses activités liées à la santé, comprenant le passage d'examens médicaux pour des problèmes potentiels de santé, la réalisation de tests autodiagnostiques pour une détection précoce des maladies et l'adoption de pratiques qui réduisent le risque de maladie

et améliorent la santé. Les contributions relatives des différents facteurs sont habituellement évaluées en relation avec les intentions de mettre en œuvre les pratiques de santé, moins souvent avec le comportement réel. Les résultats montrent très régulièrement que l'efficacité personnelle perçue et l'efficacité de réponse sont des facteurs fiables des actions de santé pour divers domaines de comportement. Les effets de la menace perçue, particulièrement la gravité, sont bien plus faibles et irréguliers (Kasen *et al.*, 1992 ; Rippetoe et Rogers, 1987 ; Stanley et Maddux, 1986 ; Taal, Seydel et Wiegman, 1990 ; Wurtele et Maddux, 1987). En effet, une haute menace personnelle perçue par la santé conduit souvent à une pensée dysfonctionnelle et à l'évitement des actions protectrices. Les obstacles perçus constituent de meilleurs prédicteurs du comportement préventif dans la version originale du modèle de croyance de santé (Janz et Becker, 1984). Il reste toutefois, à déterminer si les obstacles perçus rendent compte de la variation du comportement de santé quand l'influence des attentes de résultat négatif et d'efficacité personnelle perçue est éliminée.

En résumé, il ressort qu'une campagne de lutte contre une maladie ou un comportement de santé ne peut se fonder seulement sur une communication qui engendre de la peur chez la cible visée. En effet, si un tel axe créatif se révèle pertinent pour motiver une cible en phase de pré-contemplation, il doit être accompagné d'un plan de campagne plus complet pour que le message débouche plus sûrement sur une stratégie d'action. Il faut également reconnaître que le caractère émotionnel (la peur) à lui seul ne suffit pas pour susciter la prévention chez les individus, il est également important de scruter la variable rationnelle qui est aussi déterminante dans l'adoption d'un comportement préventif suite à un message persuasif. C'est pourquoi nous trouvons nécessaire d'aborder la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein pour mieux comprendre les différentes alternatives comportementales des individus face au VIH/Sida.

### 3.4.9- La théorie de l'action raisonnée (TAR)

Selon la théorie de l'action raisonnée, le comportement est influencé par les intentions individuelles de comportement, lesquelles sont déterminées par les attitudes envers ce comportement et les normes subjectives. La pertinence et l'efficacité de cette théorie ne sont plus à démontrer, dans la mesure où « un examen général de 87 études empiriques testant la TAR, a montré que le modèle a un pouvoir de prédiction élevé... » (Agarwal, 1999, p.88). Elle est donc une théorie explicative du comportement à travers les intentions comportementales (Fishbein et Ajzen, 1975). Un autre construit a été introduit à ce modèle, ce sont les contraintes extérieures perçues, « capables d'empêcher une personne de se comporter comme elle en avait eu l'intention » (Hellriegel *et al.*, 1992, p.56).

Triandis reprend en 1979 la théorie de l'action raisonnée pour élaborer sa théorie des comportements interpersonnels. Il intègre à son modèle la force de l'habitude et introduit la notion de conditions extérieures à l'individu, facilitant ou compliquant l'adoption du comportement souhaité (Triandis, 1980). Le modèle postule que les intentions de comportement sont déterminées par les sentiments que l'individu a envers le comportement (affect), ce qu'il pense devoir faire (facteurs sociaux) et par les conséquences attendues du comportement. Le comportement est selon le modèle de Triandis influencé parce que l'individu a souvent fait (habitudes), par les intentions et par les conditions facilitatrices. Le modèle de Triandis a été également utilisé pour expliquer plusieurs comportements comme l'adoption des ordinateurs personnels (Thompson *et al.*, 1991), l'adoption du WWW dans le travail (Cheung *et al.*, 2000 ; Chang et Cheung, 2001) et l'achat sur Internet (Frini et Limayem, 2000). Et peut également être utilisé pour expliquer la résistance à l'usage du préservatif chez les individus qui pourraient résister par habitude. Toutefois, la théorie

qui s'est le plus imposée dans les études sur la résistance à l'usage du préservatif et le changement de comportement sexuel face au VIH/Sida est la théorie de l'action raisonnée.

La TAR est un modèle bien éprouvé qui a fourni les bases théoriques à des interventions efficaces visant la prévention des IST/VIH (Jemmott, Jemmott et Fong, 1998) et (Fisher et Fisher, 2000). Une intervention fondée sur la TAR est centrée sur les éléments suivants :

- les attitudes de l'individu envers les comportements préventifs ;
- la perception des normes sociales subjectives relatives aux comportements préventifs ;

L'intention comportementale de mettre en pratique le comportement préventif. Selon la théorie de l'action raisonnée, l'intention d'adopter un nouveau comportement exprime les croyances et les attentes de l'individu et sa perception des normes sociales. Au lieu d'apprendre aux adolescents par exemple à « dire simplement non », les programmes qui se fondent sur cette théorie supposent que, tout en pouvant incomber à l'individu, la décision d'avoir des relations sexuelles subit néanmoins l'influence du milieu social. Bien que les adolescents puissent sembler être maîtres de leur décision d'avoir ou non des relations sexuelles, certains peuvent en fait s'y prêter, par exemple, parce qu'ils ont peur de refuser, ont besoin d'affection, craignent de chagriner leur partenaire, ou parce que l'argent ou les cadeaux qu'ils reçoivent leur sont nécessaires ou désirables. C'est pourquoi les programmes scolaires qui, aux Etats-Unis, obtiennent de bons résultats, s'efforcent de tenir compte des influences sociales, de modifier les valeurs individuelles et les normes de groupe et de renforcer les aptitudes sociales. C'est également dans cet esprit que la théorie de l'action raisonnée a été modifiée.

#### **3.4.10- La théorie du comportement planifié (TCP)**

La robustesse de la théorie de l'action raisonnée a été amplement démontrée (Sheppard, Hartswick et Warshaw, 1988, cités par Madden, Ellen et Ajzen, 1992). Elle néglige cependant le fait que nos comportements ne sont parfois que partiellement volontaires, ou bien, qu'ils sont dépendants du contrôle que nous pensons avoir sur nos actes. C'est pour remédier à ces insuffisances qu'Ajzen et Madden (1986) proposent une théorie du comportement planifié. Elle conserve les éléments de la théorie de l'action raisonnée tout en incluant le contrôle comportemental perçu par le sujet comme antécédent des intentions comportementales. Le contrôle comportemental perçu sera lui-même déterminé par les croyances qu'a le sujet concernant ce contrôle. Ces croyances, bien entendu, peuvent parfois se révéler être des illusions de contrôle.

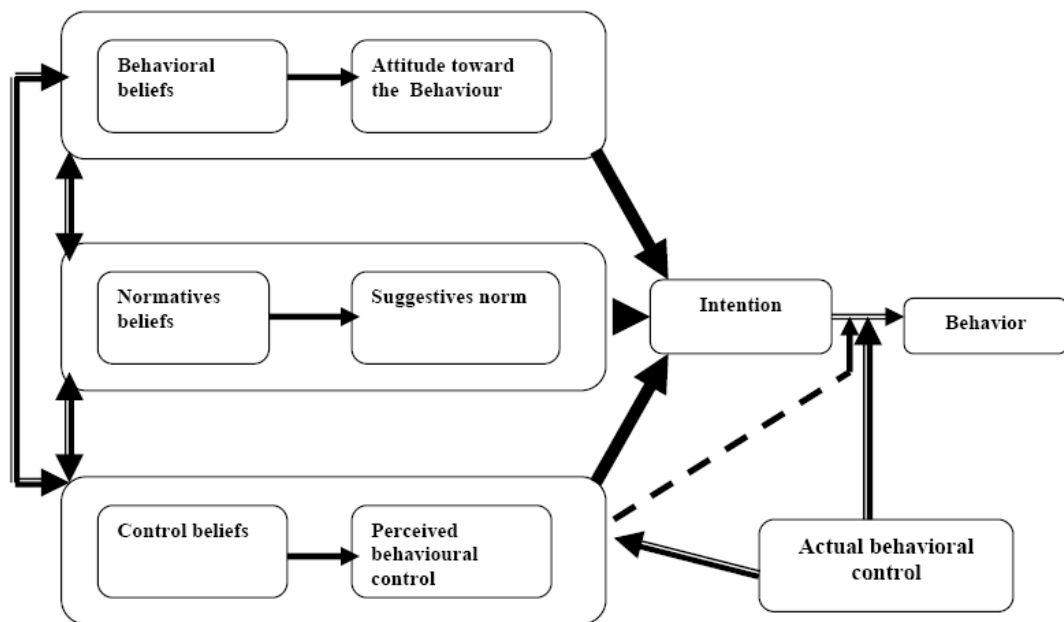
Les intentions de l'individu d'émettre un comportement donné constituent le facteur central de la théorie du comportement planifié. Elles sont supposées saisir les facteurs motivationnels qui influencent le comportement. L'intention ne s'exprime en comportement effectif que si celui-ci est sous le contrôle de l'individu. Les facteurs externes (temps, argent, connaissance, coopération des autres, etc.) déterminent le contrôle réel de l'individu sur le comportement.

La perception du contrôle sur le comportement se réfère aux ressources dont dispose l'individu, à ses propres capacités, aux opportunités disponibles ainsi qu'à la perception de l'importance d'arriver à accomplir les résultats. Le concept de perception du contrôle sur le comportement se rapproche le plus du concept d'auto-efficacité de Bandura (1982). En effet, les croyances d'un individu sur son auto-efficacité peuvent avoir une influence sur son choix d'activités, sur sa préparation pour l'activité et finalement sur l'effort qu'il met en place durant l'activité en question. Ainsi, si par exemple deux individus ont la forte intention

d'apprendre une nouvelle langue, celui qui pense qu'il parviendra à le faire aura tendance à persévérer davantage que celui qui doute de ses capacités (Ajzen, 1991).

En effet, Ajzen (1985) a élargi le modèle conceptuel de l'action raisonnée en y ajoutant le contrôle comportemental perçu. La recherche de Djewaltowski (1989) indique que ce contrôle mesure essentiellement le sentiment d'efficacité personnelle des individus. Donc, quand l'efficacité personnelle perçue est incluse comme prédicteur, le contrôle comportemental perçu ne produit pas de contribution indépendante à la performance. Dans des tests comparatifs, le modèle élargi ou la théorie du comportement planifié, a un plus grand pouvoir prédictif que la version originale dépourvue du facteur identique à l'efficacité (Ajzen et Madden, 1986). Les croyances en l'efficacité personnelle affectent le comportement à la fois directement et en influençant l'intention. Etant donné que l'efficacité personnelle perçue affecte la pensée, la motivation et les états émotionnels, tous ces éléments agissant sur le comportement, il n'est pas surprenant que l'intention ne soit pas l'unique facteur proximal du comportement. Le passage de l'intention à l'action est loin d'être automatique. Ces autres facteurs peuvent l'emporter sur les meilleures intentions.

Le modèle d'Ajzen part donc du principe que trois variables (l'attitude, les normes subjectives et la perception du contrôle) influencent directement les intentions d'effectuer un comportement. Cette intention influence à son tour le comportement. La figure ci-dessous illustre les liens entre les différentes variables :



**Figure 11:** Théorie du comportement planifié

Source : (Ajzen, 2006, e-test).

La théorie du comportement planifié a été testée dans une série d'études sur les pratiques de santé, en substituant les croyances d'efficacité au contrôle comportemental (De Vries *et al.*, 1988, De Vries, Kok et Dijkstra, 1990 ; Kok *et al.*, 1991). Les croyances d'efficacité prédisent à la fois les intentions et le comportement de santé, même après avoir contrôlé les influences sociales, attitudinales et normatives. Elles le font longitudinalement aussi bien que simultanément. Quand la priorité causale n'est pas imposée dans les analyses, les croyances d'efficacité apportent une contribution sensiblement plus importante au comportement que ne le font les deux autres facteurs. Le facteur normatif contribue généralement de façon négligeable au comportement de santé. On peut donc se demander si ce facteur est sans importance, ce qui semble peu probable, ou si une meilleure conceptualisation et une évaluation précise de ce facteur en termes d'attentes de résultats sociaux mettraient à jour un certain effet sur l'adoption et le maintien d'habitudes de santé.



Les changements d'habitudes ont peu d'effets s'ils ne durent pas. Beaucoup d'habitudes de style de vie qui affaiblissent la santé sont soumises à de fortes influences dans la vie quotidienne. Les habitudes intégrées à des relations interpersonnelles et qui font partie de modes organisés d'activités quotidiennes ne sont pas faciles à stopper. Les personnes qui souhaitent changer de comportement doivent affronter non seulement les pressions sociales mais aussi les satisfactions qui lui sont liées. De plus, les pratiques favorables à la santé sont parfois pénibles, surtout dans les phases initiales de changement. Le maintien du changement d'habitude repose fortement sur des aptitudes autorégulatrices et sur la valeur fonctionnelle du comportement.

Il arrive le plus souvent que le sujet puisse sous-estimer les barrières menant à l'accomplissement d'un acte. Par exemple, Beale et Manstead (1991) ont étudié, chez des mères, l'intention de limiter le sucre dans les régimes pour des bébés. Les résultats indiquent qu'une mère qui a élevé plusieurs enfants affiche une impression de contrôle moins élevée vis-à-vis de l'intention de limiter l'ingestion de sucre chez son dernier-né qu'une mère primipare. La contribution d'un contrôle comportemental perçu peu réaliste sera donc négligeable dans la prédiction de l'action. Dans la figure ci-dessus, la ligne brisée indique que la route allant du contrôle perçu au comportement jouera un rôle causal seulement lorsque le contrôle perçu et le contrôle effectif coïncident.

La théorie du comportement planifié a déjà suscité plusieurs dizaines de recherches publiées. Les résultats indiquent une augmentation considérable du pourcentage d'explication de l'intention d'agir ; par contre, les résultats sont plus mitigés au regard du comportement. Le véritable problème de la théorie du comportement planifié est l'action. L'action humaine est déclenchée par plusieurs déterminants dont l'intention ne saurait absorber. La problématique de l'action humaine bien qu'ancienne reste encore d'actualité. Les problèmes de prédiction, de contrôle, de production de l'action humaine ne sont pas encore définitivement résolus, parce qu'ils se heurtent au caractère énigmatique de l'action. Pour mieux situer notre problématique théorique, il est indispensable de présenter les grandes approches théoriques du passage de l'intention à l'action.

### 3.5- De l'intention d'agir à l'action

---

Après avoir présenté la théorie du comportement planifié et mis en évidence ses points forts et ses points faibles, il est important de s'attarder un tant soit peu sur le passage de l'intention à l'action afin de mettre en évidence le rôle des variables intermédiaires qui influenceraient ce fonctionnement. Tout d'abord, intéressons-nous au passage de l'intention à l'action.

#### 3.5.1- Le passage de l'intention à l'action

Il faut toutefois considérer que les intentions correspondant aux tâches en instance sont en compétition pour occuper le focus de l'attention avec l'intention qui préside à la tâche en cours : il y a donc un autre processus, qui protège l'intention en cours de réalisation contre les intentions en compétition et assure ainsi la persistance de l'intention jusqu'à sa réalisation. Cette persistance de l'intention est en effet une caractéristique majeure des comportements finalisés. Il arrive aussi qu'une intention soit abandonnée et remplacée par une autre, alors qu'elle n'est pas encore réalisée. Il y a deux composantes de la sélection de la tâche : l'une est liée à la motivation, qui attache une valence aux différentes intentions, et l'autre est une dimension individuelle, la plus ou moins grande propension à l'action, qui définit une sorte de seuil de passage à l'action.

### **3.5.1.1- La motivation**

Le rôle de la motivation dans la prise de décision a été étudié dans le cadre des théories de la décision, qui se proposent d'expliquer comment s'effectue le choix entre plusieurs alternatives quand il y a une incertitude sur le résultat. Les différentes conceptions qui ont été développées reposent à peu près toutes sur l'idée que la décision de choix d'une alternative dépend d'une quantité qui est une fonction multiplicative de deux paramètres : l'importance de l'alternative du point de vue des motivations de l'individu et l'espérance du gain, liée à sa probabilité, telle qu'elle est estimée par le sujet.

Dans l'application de la théorie de la décision au choix des tâches, une ligne de recherche féconde a été engagée par les travaux sur le niveau d'aspiration et d'expectation (Robaye, 1960). Ces travaux étudient en fonction de quoi varient les buts que se fixe le sujet, plus précisément le niveau d'efficience qu'il se propose et s'efforce d'atteindre. Ils accordent une place importante à deux déterminants : le niveau qu'il est souhaitable d'atteindre et le niveau qu'on peut espérer atteindre. Ces travaux se fondent sur l'idée que la décision de se consacrer à une tâche dépend de l'importance de la tâche du point de vue des motivations de l'individu et l'espérance du succès (expectancy).

Les recherches ultérieures ont tenté de préciser en fonction de quoi varie l'espérance du succès. Les théories de l'attribution développée en psychologie sociale se sont inscrites dans cette veine. Rotter (1966) a proposé la notion de *locus of control* en distinguant les imputations qui sont faites à des facteurs internes, qui sont sous le contrôle de l'individu, et les imputations qui sont faites à des facteurs externes, qui lui échappent. Selon cette théorie, l'espérance du succès dépend non seulement de la fréquence des succès que l'individu a obtenus, mais aussi de la croyance que les succès sont sous son contrôle.

Weiner (1984) est allé dans le même sens que Rotter (1966) mais a plutôt mis l'accent sur un facteur supplémentaire, le degré de stabilité de la cause à laquelle est imputée le succès ou l'échec : c'est la stabilité de la cause plus encore que le locus qui détermine les changements dans l'espérance du succès. Les changements dans l'espérance du succès dépendent de la stabilité perçue de la cause : si un résultat est imputé à une cause stable, il sera anticipé avec une certitude accrue dans le futur. Des résultats imputés à des causes stables se reproduisent avec plus de certitude que ceux qui sont attribués à des causes instables. Il y a donc trois dimensions dans l'imputation causale : le lieu (interne ou externe), le degré de stabilité (cause stable ou cause aléatoire) et les possibilités de contrôle qu'a l'individu. L'imputation causale est donc responsable de la résonance effective du résultat de l'action.

### **3.5.1.2- La propension à l'action**

Une autre composante de la sélection de la tâche est l'attitude du sujet, définie par une plus ou moins grande propension à l'action. C'est une caractéristique qui dépend de facteurs individuels mais qui peut être également modifiée par des facteurs de situation. Cette notion a été développée par le courant de recherche appelé théorie de l'action. Elle provient d'une objection faite au modèle de la décision, selon laquelle les paramètres que sont la valence et l'espérance du succès ne se combinent pas nécessairement de façon multiplicative et que la fonction selon laquelle ils se combinent varie selon les tâches. Ainsi, Kuhl (1985) montre, à partir d'une étude portant sur des jeunes adolescents, que ces deux paramètres interviennent dans le choix des activités de loisir mais pas dans celui des activités routinières ou très contraignantes : c'est alors principalement la facilité de réalisation qui intervient dans le choix.

Selon Kuhl (1985), la réalisation de l'intention dépend non seulement de l'espérance du succès mais de l'attitude du sujet, qui peut être centrée sur l'action (action-orientation) ou sur l'analyse de la situation (*state-orientation*). Dans le premier cas, sont pris en compte à la fois les aspects statiques et les aspects dynamiques de l'intention, dans le second ne sont considérés que les états (passé, présent, futur), à l'exclusion des actions qui permettraient de changer la situation. Cette dernière attitude entraîne une oscillation entre les alternatives, permet l'intrusion d'intentions non pertinentes, liées à des tâches en attente, et empêche ainsi le passage à l'acte. Ce dernier est facilité en revanche par l'attitude orientée vers l'action, qui engendre un abaissement du seuil requis pour qu'une intention soit sélectionnée en vue d'être réalisée.

Kuhl montre également que divers facteurs contribuent à la protection de l'intention en cours de réalisation contre l'intrusion d'intentions concurrentes. Il s'agit : du fait de centrer l'attention sur les informations liées à la réalisation de la tâche et d'ignorer les autres, du fait de ne prendre en compte que l'information juste nécessaire pour prendre une décision, de la focalisation de l'attention sur les informations susceptibles d'augmenter l'attrait de la tâche choisie, ce qui renforce la motivation liée à l'intention en cours de réalisation. Après ces propos sur deux composantes de la sélection de la tâche ou de la réalisation de l'intention, présentons maintenant un modèle bien connu du passage de l'intention à l'action pour mieux illuminer notre pensée.

### 3.5.2- Le modèle de passage de l'intention à l'action de Dörner (1986)

Dörner (1986) a réalisé un important travail expérimental et théorique sur le passage de l'intention à sa réalisation. Il étudie l'activité de sujets dans des situations qui sont des simulations de situations de la vie courante, où l'on doit, dans un temps donné, réaliser un ensemble de tâches en étant libre de les aborder dans l'ordre que l'on veut, de les interrompre, de les reprendre à sa guise. Par exemple, les sujets sont invités à se mettre dans le rôle d'un négociant. Il est à son bureau, il est cinq heures de l'après-midi. A six heures, sa femme doit venir le chercher. D'ici là, il doit réaliser un certain nombre de tâches, treize au total. Certaines sont importantes et urgentes et ne peuvent attendre jusqu'au lendemain. D'autres sont importantes mais pas urgentes, d'autres encore sont urgentes mais pas importantes. En voici, quelques exemples :

1. vous devez réserver une table au restaurant ce soir pour dîner avec un ami, son épouse et votre épouse ;
2. votre fille a été absente à l'école hier, vous devez écrire une lettre d'excuses pour elle ;
3. vous avez à préparer pour le lendemain la feuille de route pour les chauffeurs de trois camions de livraison ;
4. vous devez déterminer les quantités de charbon à commander pour les mois prochains.

Les sujets recevaient des informations supplémentaires nécessaires pour la réalisation de chaque tâche (par exemple, dans le cas de la livraison, un plan de la ville, les adresses des clients et les quantités à livrer). Toutes ces tâches, ne requérant pas de savoir spécifique, étaient de la compétence des sujets, mais différaient par leur difficulté et par le temps nécessaire à leur réalisation. A la fin, on demandait aux sujets d'évaluer, pour chaque tâche, son importance, son degré d'urgence, sa facilité de réalisation et son temps d'exécution estimé.

L'étude a porté sur la répartition des temps consacrés à chaque tâche et ceux-ci ont été en relation avec les types de tâches, au nombre de cinq. Le *type 1* comporte des tâches de grande importance, faciles à réaliser, occupant peu de temps et d'urgence faible ; elles sont entreprises tard en moyenne mais il y a une grande dispersion autour de cette moyenne. Le *type 2* regroupe des tâches importantes, urgentes, de difficulté moyenne et longue à réaliser : elles sont entreprises relativement tôt et les sujets s'y consacrent assez longuement. Les tâches de *type 3* ne sont ni importantes, ni urgentes mais sont très faciles à réaliser : ce sont celles par lesquelles les sujets commencent. Les tâches de *type 4* sont des tâches urgentes, importantes, difficiles et longues à réaliser : elles ne sont entreprises qu'assez tard, au terme du premier quart d'heure : les sujets préfèrent commencer par les choses faciles, même si elles ne sont ni importantes, ni urgentes, au risque de ne pas terminer les tâches importantes mais difficiles. Le dernier groupe est constitué de tâches qui ne sont pas abordées ou ne le sont que très tard : ce sont des tâches qui ne sont ni urgentes, ni importantes mais sont difficiles à réaliser.

Dörner (1986) a proposé, à partir de ces résultats, un modèle de régulation temporelle de l'activité dont les grandes lignes sont les suivantes. La structure en mémoire d'une intention est supposée avoir les composantes suivantes :

- le sujet est supposé connaître le but qu'il aimerait atteindre et les relations éventuelles de ce but avec des buts d'ordre supérieur vis-à-vis desquels il est un moyen ;
- il connaît l'état actuel du problème et il connaît l'histoire du problème ;
- il a une certaine idée des moyens à mettre en œuvre pour le résoudre et une idée de sa capacité à les mettre en œuvre ;
- il sait, pour les tâches qui ont un délai temporel, quelle est la date limite à laquelle le résultat devra être obtenu ;
- il a une estimation approximative du temps nécessaire à la réalisation de l'intention ;

Il connaît l'importance de la tâche du point de vue motivationnel. Ces diverses composantes peuvent varier au cours de la réalisation de la tâche. Ainsi, l'estimation de la composante varie avec le succès et l'échec, l'estimation du temps nécessaire change avec l'estimation des compétences relatives à la tâche.

- La fonction de régulation temporelle des intentions est assurée par trois systèmes : le système de production des intentions, à savoir le système de motivations ;
- le système de sélection des intentions ;
- le système de traitement des intentions qui assure la réalisation de la tâche.

A chaque moment une intention seulement a accès au système cognitif, autrement dit, une seule tâche peut être réalisée à la fois.

Ces trois systèmes fonctionnent en parallèle : en particulier le système de sélection des intentions peut interrompre le fonctionnement du système cognitif du traitement des intentions et donc éventuellement lui affecter une autre intention.

Le système de sélection des intentions assure deux fonctions :

- une fonction de sélection basée sur une comparaison de l'état momentané des forces des différentes intentions ;
- une fonction de condensation, intervenant lorsque le temps total estimé nécessaire pour relâcher les intentions concurrentes dépasse le temps disponible : en ce cas, le système opère une réduction des temps à affecter à chaque intention en réduisant corrélativement le niveau d'aspirations (en se contentant d'un résultat inférieur).

Pour Dörner, la force d'une intention est un paramètre qui évolue avec le temps. Elle dépend de l'importance motivationnelle de l'intention et de la compétence que le sujet estime avoir pour la réaliser. Elle dépend aussi de la proximité temporelle de la date limite permise pour sa réalisation : la force est maximale au point de l'échelle temporelle qui correspond au moment où il reste juste assez de temps avant la date limite pour relâcher la tâche, elle décroît ensuite rapidement quand le temps qui sépare de la date limite est inférieur au délai de réalisation. Pour Dörner, l'intention qui est choisie pour être traitée par le système cognitif est celle dont la force momentanée est la plus grande. Lorsqu'une intention occupe le système de traitement, une inhibition se développe par rapport aux autres intentions, de sorte que pour remplacer l'intention en place une intention nouvelle doit avoir une force qui dépasse cette dernière d'un certain seuil. Ce paramètre définit dans quelle mesure l'intention en cours de réalisation est protégée contre les intentions concurrentes.

Ce modèle est très important dans la régulation temporelle des intentions. Il montre expérimentalement comment les intentions se confrontent avant qu'une seule accède au système cognitif (système de régulation qui assure la réalisation de la tâche). Ce modèle nous permet de comprendre le jeu de forces entre les intentions. Dans le cadre de notre recherche qui porte sur le passage de l'intention (du port ou du non port du préservatif) à l'action (sa réalisation), ce modèle ne peut être notre guide principal puisque la variable temps ne constitue pas un élément important de notre problématique. Et, également, dans l'approche de Dörner, un ensemble de tâches sont à réaliser dans un ordre choisi par le sujet. Dans le cas de notre recherche, deux tâches seulement sont à réaliser et ces tâches sont extrêmement opposées, la réalisation d'une exclut la réalisation de l'autre. Toutefois ce modèle nous permet de comprendre les trois systèmes qui interviennent dans la réalisation d'une intention et le conflit qui s'opère au moment de l'action. Il nous est important après ces propos sur les effervescences scientifiques qui s'opèrent entre le passage de l'intention à l'action, de présenter les variables intermédiaires qui peuvent anéantir l'intention et assurer la paternité de l'action.

### **3.5.3- De l'intention d'agir à l'action : les variables intermédiaires**

Lorsqu'on s'intéresse aux écrits en psychologie sur les variables intermédiaires, on est d'emblée séduit par la définition proposée par Piéron (1979). Pour lui, une variable intermédiaire est une « variable construite pour résumer les relations entre la situation et un comportement, sans qu'elle ajoute rien aux constats » (Piéron, 1979, p. 474). Il s'agit également des variables hypothétiques visant à délimiter parmi les processus non observés (mais généralement avec des vues sur des indices éventuels) des modalités plus plausibles que d'autres. Une variable intermédiaire n'est pas un phénomène, mais un concept qui a pour but d'établir une relation entre deux ou plusieurs phénomènes (X et Y). Son rôle est d'établir une relation logique entre deux phénomènes. Le statut ontologique de cette variable est donc clair : il ne s'agit pas d'un phénomène mais d'une invention qui permet au scientifique de hausser temporairement le niveau d'explication de sa théorie. Toutefois, on peut mettre à l'épreuve une variable intermédiaire en vérifiant la précision de ses prédictions. Il convient également de préciser que le rôle de la variable intermédiaire au sein de la théorie est transitoire puisqu'elle devrait éventuellement être remplacée par un construit hypothétique à plus ou moins brève échéance. La problématique qui sous-tend l'architecture théorique de notre étude postule l'existence entre l'intention d'agir et l'action des variables intermédiaires exerçant une influence significative sur l'action (le comportement).

#### **3.5.3.1- De l'intention d'agir à l'action : un contexte**

De nombreux facteurs ont été identifiés par l'épidémiologie moderne, comme déterminants environnementaux du comportement : type d'emploi et statut, revenus, instruction et niveau d'éducation, répartitions de la prospérité dans la société, services communautaires et services de santé et accès à ces services (Evans et Stoddort, 2004). Des études psychologiques et culturelles montrent que la situation socio-politique, la contrainte, l'exclusion, la discrimination et les tabous jouent un rôle dans les choix comportementaux (Rangan et Uplekar, 1999). La difficulté qu'il y a à définir le rôle du contexte dans le comportement et dans ses changements est que les individus varient dans leur manière d'interpréter une situation donnée et de réagir à cette situation. Ils choisissent également nombre des situations qui les influencent et aident même à créer les situations sociales (Bandura, 2001).

Les déterminants environnementaux influencent directement le comportement en limitant l'accès à certaines actions, de même que par le biais des cognitions, en particulier la perception des choix de comportements qui sont disponibles. Par exemple, ce que les adolescents envisageront de faire, en l'absence du préservatif, quand ils sont en plein rapport sexuel, sera largement déterminé par les questions d'accès à un préservatif et de communication interpersonnelle. Le comportement lui-même peut influencer l'environnement. Par exemple, les fumeurs ont tendance à s'encourager mutuellement et à créer ou maintenir un contexte favorable au tabagisme (Chen *et al.*, 2001).

Fondée sur une combinaison de facteurs cognitifs, comportementaux et émotionnels, la théorie de l'apprentissage social, dite théorie cognitive sociale, est apparue à la fin des années 70 pour décrire les comportements. Elle propose une interaction dynamique et réciproque entre trois éléments : les facteurs personnels, l'environnement et le comportement. Dans cette conception, l'environnement (sous la forme de relations interpersonnelles) façonne et maintient le comportement, mais les individus peuvent réagir et changer leur environnement (Rollnick *et al.*, 1999). En visant le changement du comportement, la thérapie individuelle basée sur l'apprentissage social, s'intéresse à la manière dont un individu comprend ses actions, comment il en est récompensé et comment il modèle son comportement par rapport à d'autres actions importantes. Cependant, on accorde aujourd'hui beaucoup plus d'importance au rôle du contexte, en particulier au rôle de l'organisation sociale et politique de la société dès lors qu'il s'agit de choix comportementaux et de possibilité de changement. Le contexte auquel nous faisons allusion dans notre étude renvoie à l'environnement (culturel, social, physique, émotionnel et psychologique, pacifique ou conflictuel) qui façonne les comportements des personnes et dont les modifications peuvent faciliter des changements de comportement.

### **3.5.3.2- De l'intention d'agir à l'action : les émotions et les affects**

Le consensus, qui se dégage des travaux autour de la fonction générale des émotions dans le paradigme évolutionniste (Johnson-Laird, 1988 ; Nesse, 1990 ; Plutchick, 1984 ; Scherer, 1993 ; Tooby, 1987 ; Tooby et Cosmodes, 1990), consiste à les concevoir, non plus, comme à l'instar des agents désorganiseurs du comportement, comme ce fut traditionnellement le cas, ni uniquement comme des perceptions du corps, comme le faisaient Descartes ou James, mais plutôt comme des modes d'opération spécifiques de l'esprit/cerveau permettant la coordination des changements physiologiques, cognitifs et comportementaux. Les émotions sont conçues comme des programmes qui modifient le mode sous lequel fonctionnent les nombreux mécanismes qui composent l'esprit, de façon à harmoniser leur fonctionnement afin de résoudre les problèmes adaptatifs posés par les situations rencontrées.

Nesse (1990) filant la métaphore du programme écrit à cet effet : « A plusieurs égards, les émotions procurent pour l'esprit ce que les programmes procurent pour l'ordinateur [...] Changer un programme change l'apparence de l'écran, les fonctions de certaines clés, l'utilisation de certains processeurs et l'accès à certaines informations. De la même façon, une émotion peut changer l'expression du visage, la réponse à des stimuli particuliers, la tendance à utiliser un mode ou un autre mode de pensée et la disponibilité de certains souvenirs. » (Nesse, 1990, p.269). Les émotions constitueraient à cet égard un antidote à l'embarras de richesses cognitives dont jouit l'humain. En effet, nos capacités cognitives nous permettent de considérer, pour chaque situation, une myriade de possibilités d'action. Mais, dans certains cas, cet avantage se transforme en désavantage, spécialement lorsqu'il faut agir rapidement. Dans ce cas, nous sommes en proie à ce que Fodor (1987) nomme le problème d'Hamlet, c'est-à-dire que nous ne savons pas quand nous devrions cesser de penser et commencer à agir.

A cet effet, Levenson écrivait : « Il y a clairement des moments où l'action est plus appropriée que la délibération, où répondre est plus approprié que considérer, où faire est plus approprié que planifier. Dans des situations où l'hésitation pourrait avoir les plus terribles conséquences, l'émotion fonctionne en mettant de côté le traitement cognitif qui est trop encombrant, trop obsessif, trop indulgent avec lui-même [self-indulgent] et, ultimement, qui a trop de chance d'être inconclusif. » (Levenson, 1994, p.124) Les émotions sont donc conçues comme sélectionnant un nombre limité de modes d'action dont l'efficacité a été testée par le temps. Elles sont des moyens de faire face rapidement à un problème ou à une situation de façon adaptative en coordonnant et imposant un mode de fonctionnement à des sous-systèmes qui fonctionnent habituellement indépendamment les uns des autres, et ce, sans une longue délibération qui est habituellement le propre de la résolution consciente de problèmes.

Les recherches sur le substrat neuronal des programmes d'affects indiquent que ceux-ci se situent probablement dans les circuits nerveux du système limbique. Le rôle de ces structures sous-corticales dans les émotions a conduit Maclean (1980) à faire l'hypothèse que celles-ci représentent probablement une façon phylogénétiquement plus primitive que celle du néo-cortex de traiter l'information importante et de diriger nos réponses. Cette hypothèse ne fait pas que postuler l'existence de deux systèmes, mais également leur indépendance possible.

Selon Ledoux (1994), une partie des fonctions du traitement émotionnel dépend d'une petite structure enfouie dans le lobe temporal : l'amygdale. Les animaux qui souffrent de lésions à cette structure peuvent répondre normalement aux caractéristiques perceptuelles immédiates ou remémorées des objets, mais pas à la signification émotionnelle de ces mêmes objets. La propension de la peur à mener à des comportements stéréotypés et à des modifications viscérales et squelettiques s'explique par la connexion qui existe entre les structures amygdaliennes et les systèmes du tronc cérébral qui sont impliqués dans le contrôle des comportements préprogrammés et spécifiques à l'espèce ainsi qu'entre les systèmes endocriniens et le système nerveux autonome.

Du point de vue neuroanatomique, les prérequis pour l'activation des réactions émotionnelles apparaissent donc minimaux et surtout indépendants du type de transformations qui caractérise habituellement les opérations cognitives supérieures. Les programmes d'affects peuvent être déclenchés directement par les inputs subcorticaux, c'est-à-dire avant que l'intégration perceptuelle n'ait eu lieu et que le système puisse se représenter complètement le stimulus. Il faut croire dans ce cas que le système peut s'activer à partir d'une information incomplète et fragmentaire. Comme l'écrit Ledoux : « [...]

La vision d'une mince et sinuante, sur le chemin devant nous, suffit à déclencher des réactions défensives. Nous réagissons ainsi avant de nous être assurés que nous avons rencontré un serpent, et nous ne cherchons pas, à savoir, que les serpents sont des reptiles ou que leur peau peut servir à la fabrication de sacs et de ceintures : ces informations inutiles retarderaient une réaction efficace et rapide, susceptible de nous sauver la vie. Le cerveau a simplement besoin de stocker les indices élémentaires et de les détecter. Dans un deuxième temps, seulement, le traitement des informations de base par le cortex permet une vérification [...] ou la neutralisation de la réaction de peur. » (Ledoux, 1994, p.57).

On le sait, les aires sensorielles du thalamus sont également les portes d'entrée du néo-cortex de l'hippocampe où des représentations distales seront élaborées à partir des signaux sensoriels. Dépendant des aires, ces stimuli seront transformés en représentations d'objets, de concepts ou de contextes qui pourront toutes déclencher, via les structures amygdaliennes, un syndrome émotionnel. On peut donc comprendre que plus les capacités de traitement de ces aires augmentent, plus ce qui déclenchera une émotion pourra être varié et abstrait.

Cette distinction entre les provenances des inputs déclenchant les programmes émotionnels viendrait appuyer les thèses de Zajonc (1980,1984), qui maintient, contre Lazarus (1984), que les émotions et la cognition sont des systèmes séparés et partiellement indépendants et, par conséquent, que les réactions affectives peuvent survenir sans un encodage perceptif et cognitif élaboré, qu'elles peuvent être, en d'autres mots, précognitives. Bien entendu, la plupart du temps, l'évaluation émotionnelle et l'évaluation cognitive fonctionnent de concert, mais elles peuvent parfois fonctionner indépendamment l'une de l'autre. Dans le cas où le système émotionnel fonctionne indépendamment du système cognitif, nous avons affaire à une émotion qui apparaît soit sans raison, soit comme contraire à la raison. C'est cette approche qui expliquerait les comportements « anti-intentionnels » chez des individus qui ont exprimé au préalable leurs intentions favorables pour le comportement. Leur comportement « anti-intentionnel » est donc redevable à la force de l'émotion voire de l'affectivité.

A la lumière de ces travaux, on peut mieux comprendre la relative indépendance du système émotionnel vis-à-vis de la cognition, mais également, on peut spéculer sur la nature des interactions entre les deux systèmes.

### **3.5.3.3– De l'intention d'agir à l'action : un but**

La capacité d'exercer une influence sur soi-même par le défi personnel et par la réaction évaluative à ses propres performances constitue un mécanisme cognitif majeur de motivation et de conduite de soi. Dans cette forme d'autorégulation anticipatoire, le comportement est motivé et dirigé par des buts connus plutôt que tiré par état futur flou. L'agentivité causale réside dans la prévision et dans les mécanismes autorégulateurs par lesquels cette prévision est traduite en résultats anticipés et en guides pour l'action finalisée.

La motivation basée sur des critères personnels implique un processus de comparaison cognitive de la performance perçue vis-à-vis d'un standard personnel. En conditionnant l'autosatisfaction à l'atteinte de critère, les individus donnent une direction à leurs actions et se motivent à persister dans l'effort jusqu'à ce que la performance obtenue corresponde à leurs buts. La motivation cognitive basée sur les buts ou sur les standards est médiatisée par trois types d'auto-influence, les réactions émotionnelles auto-évaluatives à la performance, l'efficacité personnelle perçue à atteindre le but et l'ajustement des critères personnels en fonction des réalisations. Les buts motivent par implication auto-évaluative les actions. Dans le cadre du port du préservatif face au VIH/Sida, les buts pouvant susciter la résistance



à l'usage du préservatif correspondent au plaisir, au sentiment, à la procréation, aux convictions religieuses, aux processus de fiançailles et de mariage.

Le niveau auquel les buts créent des incitations personnelles et des guides pour l'action est partiellement déterminé par leur spécificité. Les critères explicites régulent la performance (l'action) en désignant le type et la quantité d'effort requis pour les atteindre, ils génèrent de l'auto-satisfaction et construisent l'efficacité personnelle en fournissant des signaux de révolte personnelle dépourvus d'ambiguïté. Par contre, des intentions générales, imprécises au sujet du niveau à atteindre, ne constituent pas une base solide pour réguler les efforts de la personne ou pour évaluer ses capacités. Des études ont montré que des buts clairs et accessibles produisent des niveaux de performance plus élevés que ne le fait une intention vague de faire son mieux, ce qui n'a habituellement que peu ou pas d'effet (Bandura et Cervone, 1983). Les buts spécifiques de performance servent à susciter la motivation chez les personnes qui en manquent et à favoriser des attitudes positives envers les activités (Bryan et Locke, 1967)

### **3.5.3.4– De l'intention d'agir à l'action : une négociation**

La théorie de la négociation comporte un volet normatif qui étudie la sélection de compromis équitable entre deux partenaires (deux joueurs, deux équipes..) dont les intérêts sont conflictuels ou les idées, les perceptions, les représentations, les attitudes, les intentions sont antonymes. Le problème est ici posé sous la forme d'un ensemble de niveaux conjoints d'utilité qui sont réalisables en cas d'accord ou en cas d'échec de la négociation.

Si la méthode axiomatique a permis à cette théorie de définir des solutions intéressantes et des principes d'équité qui ont été une source d'inspiration très utile pour d'autres approches, la théorie de la négociation apparaît toutefois limitée par la façon très simplifiée dont elle pose le problème. Il apparaît en effet que dans un contexte concret de négociation, il existe des éléments d'information pertinents qui ne sont pas correctement représentés dans l'ensemble des utilités réalisables. L'omniprésence de la négociation dans les relations humaines montre son caractère incontournable.

La négociation est, sans doute par peur du conflit mais pas seulement, valorisée pour tenter de régler les grands antagonismes géopolitiques, politiques ou sociaux. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, elle intervient lorsque les partenaires sexuels n'ont pas les mêmes intentions vis-à-vis du port du préservatif. Il faut dans ce cas de figure négocier pour éviter le conflit. La négociation devra aboutir à un consensus, un accord entre les deux partenaires. Le contexte affectif dans lequel elle est réalisée peut dans la majorité des cas être favorable à l'acte sexuel non protégé. La négociation reste également un outil incontestable dans la gestion du changement. La négociation est l'accompagnement de la décision, pas la décision elle-même.

Dialoguer, cela s'apprend, mais surtout, cela s'organise. Il faut des accords de méthode, un dispositif qui mette en cohérence la conduite du dialogue entre les interlocuteurs (partenaires). La négociation est un véritable travail en continu. Il ne s'agit pas seulement de négocier lorsqu'il y a un problème, un conflit, une crise, une restructuration. La bonne négociation est celle qui s'effectue « à froid », qui comprend les problématiques de l'autre.

Il est facile de reconnaître deux avantages intrinsèques à la négociation. Elle permet de régler un problème avec les seules parties prenantes qui connaissent le dossier. Elle éloigne l'intervention contraignante d'un tiers, qui ne connaît pas le dossier. Il ne faut pas également négocier lorsque le rapport de forces est favorable, car, il pourrait un jour se retourner contre vous. Ce que l'on gagne un jour par la force, on peut le reperdre aussi sûrement par la force.

La négociation apparaît dans ce cas comme un jeu à somme nulle. Gagner la confiance de l'autre, là est la victoire qui fait de la négociation un processus gagnant/gagnant sur le long terme. L'évolution d'une culture du conflit à une culture de l'accord, voilà le miracle de la négociation. Elle ne gomme pas pour autant tous les conflits. Il faut d'ailleurs savoir les accepter du moment qu'ils font avancer cette culture de l'accord.

La négociation reste un facteur incontournable dans les relations humaines puisqu'elle permet d'éviter les conflits. Moscovici (1984) définissait la psychologie sociale comme la science qui étudie les conflits. Les conflits auxquels faisait allusion Moscovici peuvent être idéologiques, comportementaux, attitudinaux et intentionnels.

### **3.5.3.5– De l'intention d'agir à l'action : une situation d'interaction**

On considère généralement que le comportement psychosocial commence dès qu'un individu ne peut plus pratiquer le comportement de son choix du fait de la présence d'un ou de plusieurs autres individus. L'activité individuelle, dans ce cas, est donc déterminée par son interférence avec celle des autres ou encore par sa capacité à gérer la situation d'interaction. Selon les situations, les interactions entre individus peuvent prendre la forme d'une coaction mais également d'une compétition. Quelle que soit la forme de l'interaction, celle-ci contribue à la dynamique de l'environnement. L'activité de l'individu dépend donc à la fois de ses objectifs (ou motivations), des paramètres comportementaux dont il dispose et de l'évolution du milieu dans lequel il baigne.

Deux travaux menés sur la gestion des interactions ont signalé les difficultés rencontrées par les conducteurs. Ceux-ci rendent compte de l'occurrence de certains accidents (Malaterre, 1990) ou de conflits de trafic (Risser, 1985). Différents éléments à l'origine de ces dysfonctionnements ont été identifiés tels que la référence à des systèmes de règles (formelles ou informelles) contradictoires par les différents acteurs d'une situation, le défaut de communication ou l'incompréhension du comportement ou des intentions d'autrui. Dans tous les cas, ces éléments soulignent l'absence d'un référentiel opératif commun.

L'incompréhension du comportement ou des intentions d'autrui semble être au cœur de la gestion des interactions entre individus. Des analyses approfondies de l'activité dans des situations de conduite spécifiques telles que le franchissement d'intersections (Saad *et al.*, 1990) ou la conduite en file sur autoroute (Saad, 1996), confirment que les comportements adoptés par les conducteurs en situation d'interaction dépendent étroitement de l'interprétation du comportement des autres usagers et de la prévision de leurs actions. Ces analyses montrent également que certaines régulations entreprises par les conducteurs ont pour objet de communiquer leurs intentions aux autres usagers et/ou d'influencer leurs comportements.

La situation d'interaction réelle ou symbolique est inévitable pendant l'acte sexuel. Cette situation de co-présence ne se manifeste pas sans effet sur le comportement ou l'intention de l'égo. C'est pourquoi nous pensons que cette situation d'interaction génère une interaction « interintentionnelle » qui sera le maillon fort du comportement sexuel réalisé. Dans le cas où les partenaires ont les mêmes intentions, l'acte sexuel est réalisé sans conflit intentionnel. Le conflit intentionnel n'intervient que lorsque les partenaires ont des intentions opposées. C'est cette dernière situation qui génère la négociation qui dans le cas échéant peut être dépourvue de toute rationalité.

Dans une situation d'interaction, les comportements sont étroitement interdépendants, la réalisation d'un comportement est fonction du contrôle de l'interaction avec autrui ; de

la compréhension et de la prévision de son action. C'est à partir de cette approche qu'il serait important de situer les comportements sexuels qui dans la majorité des cas sont redevables à la situation d'interaction caractérisée par les pressions psychosociales, la communication, la négociation, la soumission, le conformisme, l'imitation, l'apprentissage social, etc. Il serait aussi important de mentionner que la gestion des interactions pendant l'acte sexuel s'inscrit dans un processus rapide. Les délais entre la prise d'information et la décision d'action peuvent parfois être très courts et le contexte est parfois « affectivé ». C'est ce qui expliquerait la résistance au port du préservatif chez des individus possédant des intentions très favorables pour le préservatif et très déterminés à l'utiliser pendant les rapports sexuels.

Il n'est pas de considération en psychologie sociale qui puisse faire l'économie de la notion d'interaction sociale. L'interaction sociale est considérée comme omniprésente, centrale et même fondatrice dans l'ensemble des travaux de cette discipline, elle est comme un dispositif de production de l'économie psychosociale. L'interaction exerce une influence majeure sur le comportement sexuel, le changement de comportement sexuel et la résistance au changement de comportement sexuel. Pour ce faire, elle constitue l'élément décisif et même déterminant du comportement sexuel. C'est à partir d'elle qu'on devrait analyser et comprendre les comportements sexuels face au VIH/Sida.

### **3.5.3.6– De l'interaction d'agir à l'action : une force de l'habitude**

En psychologie sociale, le théoricien qui s'est le plus intéressé à l'influence de l'habitude sur l'action au détriment de l'intention est Triandis (1980). La théorie des comportements interpersonnels de Triandis (1980) englobe la plupart des variables présentes dans les modèles théoriques précédents (théorie de l'action raisonnée, théorie du comportement planifié, le modèle de l'acceptation de la technologie, etc.), se distingue cependant de ces derniers par un plus grand raffinement des construits proposés. En effet, selon la théorie des comportements interpersonnels, un comportement possède trois déterminants directs, soit l'intention, l'habitude et les conditions facilitant l'adoption.

La théorie des comportements interpersonnels a été employée par Thompson, Higgins et Howell (1991) afin d'étudier le comportement d'adoption des ordinateurs personnels au sein d'une organisation. Les résultats de cette recherche supportaient modérément la théorie des comportements interpersonnels puisque ce modèle ne permettait d'expliquer que 24% de la variance dans le comportement d'adoption de la technologie. De plus, seuls les facteurs sociaux et les conséquences perçues influençaient le comportement d'adoption. Ces mêmes auteurs ont également appliqué la théorie des comportements interpersonnels dans une autre étude (Thompson, Higgins et Howell, 1994), mais cette fois, en incluant une mesure de l'habitude. Cette variable s'est avérée avoir une influence directe importante sur le comportement d'utilisation de la technologie de même qu'une influence indirecte modérée sur ce comportement en agissant au niveau des conséquences perçues et des facteurs sociaux. La proportion de variance expliquée était de 40% avec l'ajout de la variable de l'habitude dans le modèle.

Les résultats de l'étude de Paré et Elam (1995) sur l'adoption des ordinateurs personnels ont démontré que les facteurs individuels, tels que l'habitude, l'affect et les conséquences perçues, étaient les principaux déterminants du comportement. Par contre, bien que significative, l'influence des facteurs sociaux et des conditions organisationnelles facilitant l'adoption du comportement était moindre. Ces auteurs montrent que les dimensions individuelles seraient plus importantes que les normes sociales et l'environnement dans la réalisation d'un comportement. Lapointe (1999) s'est

également basée sur la théorie des comportements interpersonnels de Triandis afin de cerner les facteurs individuels associés à l'adoption d'un système d'information en milieu hospitalier. Cette recherche a démontré que les habitudes étaient fortement associées au comportement d'adoption de la technologie par les médecins et les infirmières.

De ces différentes recherches, il ressort que l'habitude exerce une influence incontestable sur le comportement. C'est peut-être ce qui justifierait l'adage populaire « l'habitude est une seconde nature ». A la suite des travaux d'Ajzen et Fishbein sur les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, Triandis a intégré la force de l'habitude pour expliquer les limites de ces théories. Nous aimerions bien savoir si la force de l'habitude sexuelle aurait le même effet. Nous parlons d'habitude sexuelle pour désigner la dépendance sexuelle c'est-à-dire la dépendance à l'acte sexuel non protégé. Puisque c'est cette dépendance qui serait à la base de la résistance à l'usage du préservatif face au VIH/Sida.

La pulsion définie en termes psychanalytiques par Freud puis par Lacan, participe à la fois du somatique et du psychique. Exigence de travail visant à une décharge, la pulsion implique la recherche d'une satisfaction. S'agissant de pulsion sexuelle, le désir est étroitement lié à la pulsion dans la mesure où il possède une matrice pulsionnelle. D'architecture fort complexe, il se constitue - différemment pour chacun - à partir d'expériences que l'individu cherchera toujours à répéter. D'où une incomplétude inhérente à sa nature. En simplifiant, on peut dire que la pulsion est le moteur initial à partir duquel se génère le désir. Suite à ce développement, il serait possible de penser que l'habitude sexuelle est caractérisée par la satisfaction du désir sexuel dont la force, l'intensité et la qualité du désir joueraient un rôle indispensable dans la consolidation et la récurrence de l'habitude.

En s'habituant, l'organisme économise son attention. Cette situation peut être cause de risques ou d'appauvrissement des capacités cognitives. Ce qui pourrait générer une inertie cognitive pendant la réalisation de l'action contrôlée par l'habitude. Il faut aussi préciser que parfois, le plaisir sexuel devient obsession et cette obsession peut rendre le sujet qui pense que l'acte sexuel non protégé procure peu ou pas de plaisir à être extrêmement réfractaire à l'adoption et à l'usage du préservatif dans ses habitudes sexuelles. Dans cette situation, le comportement sexuel non protégé conditionne son mode de vie sexuelle et sa suppression n'est pas du tout envisageable, seul le caractère compulsif devrait disparaître pour laisser la place à une sexualité épanouie et satisfaisante.

### **3.5.3.7– De l'intention d'agir à l'action : des antécédents**

Une étude de Taylor et Todd (1995) a porté sur la théorie de l'action planifiée dans le contexte spécifique des systèmes d'information. Ces auteurs sont partis de la littérature existante afin de décomposer les antécédents de l'attitude, des normes subjectives et de la perception du contrôle. Leurs résultats démontrent que les antécédents qui déterminent la variable d'attitude sont la perception de l'utilité, la perception de la facilité d'utilisation et la compatibilité. En ce qui concerne les normes subjectives, ce serait l'influence des pairs et l'influence des supérieurs hiérarchiques qui prédomineraient. Finalement, l'auto-efficacité, les conditions facilitateurs au niveau des ressources et de la technologie sont considérés comme les facteurs déterminants la perception du contrôle sur le comportement.

Cette étude montre très bien que les antécédents exercent une influence non négligeable sur la formation des attitudes, des normes subjectives, du contrôle comportemental perçu et des intentions. Notre regard sur les antécédents de l'action, ne se limite pas uniquement au niveau de la formation des attitudes. Il porte sur les

incidences rencontrées pendant une action précédente. Il veut montrer que ces incidences modifieraient l'élaboration mentale préexistante par rapport à l'action et influenceraient par ricochet la réalisation future de l'action. Les individus ayant rencontré des difficultés dans la réalisation d'une action se serviraient de ces difficultés au moment de la réalisation future de l'action soit en évitant les facteurs ayant conduit à ces difficultés soit en les rayant de leur sphère cognitive et mentale.

De la kyrielle des études menées sur l'influence des antécédents du comportement sexuel, sur le comportement sexuel futur, force est de constater que les enfants qui ont subi des sévices sexuels ont souvent, durant leur adolescence et à l'âge adulte, un comportement sexuel qui leur fait courir le risque de grossesse non souhaitée et d'infections sexuellement transmises. Selon certains chercheurs, le comportement sexuel dangereux des victimes de sévices représente une tentative pour assumer le contrôle ou la maîtrise d'une expérience enfantine dont ils sont sortis avec l'impression d'avoir été violés et privés de pouvoir. D'autres notent que l'expérience de l'inceste et de sévices sexuels peut rendre difficile pour les victimes de nouer des rapports intimes sains.

De la même manière, les victimes de sévices sexuels durant leur enfance semblent risquer plus que leurs camarades de tomber enceintes durant leur adolescence. Au début des années 1990, des études effectuées aux Etats-Unis ont constaté une association uniforme entre sévices sexuels durant l'enfance et grossesse d'adolescentes. Les études ont également trouvé un lien clair et constant entre une victimisation sexuelle précoce et une série de comportements à risques, y compris une initiation sexuelle précoce, la toxicomanie et l'alcoolisme, la multiplicité de partenaires sexuels, et un moindre recours à la contraception.

Plusieurs études ont lié des antécédents de sévices sexuels à la vente du corps contre de l'argent ou des drogues. Par exemple, des chercheurs de Rhode Island, aux Etats-Unis, ont constaté que les hommes et les femmes qui avaient été violés ou contraints d'avoir des rapports sexuels durant leur enfance ou leur adolescence risqueraient quatre fois plus de s'être prostitués que ceux qui n'avaient pas été maltraités. Ils avaient aussi deux fois plus de chance d'avoir de multiples partenaires sexuels durant une année et d'avoir des rapports sexuels de rencontre (rapport sexuel occasionnel).

Ces études montrent d'une manière ou d'une autre que les antécédents, les expériences vécues exercent une influence remarquable sur le comportement sexuel futur. Il est clair que les chercheurs ont accordé leur attention dans l'examen de la relation antécédent /comportement futur aux sévices sexuels, aux contraintes et viols. Nous nous inscrivons dans la même veine, cependant, nous nous attardons sur les expériences sexuelles conscientes ou volontaires des individus par rapport au port du préservatif et à l'acte sexuel protégé ou non protégé. Et nous pensons qu'une mauvaise expérience avec le port du préservatif (le préservatif s'est percé, est sorti, a ralenti l'activité sexuelle, a affaibli sexuellement le sujet, etc.) et avec l'acte sexuel (l'acte sexuel protégé a procuré peu ou pas de plaisir, etc.) peut générer la formation des mécanismes de défense (rationalisation, refoulement, évitement) qui rendront les individus extrêmement opposés au port du préservatif malgré la connaissance des risques courus.

### **3.5.3.8– De l'intention d'agir à l'action : des circonstances**

Nous utiliserons une analyse du travail réalisé par Wallon (1970) pour exemplifier notre approche. Les deux premiers chapitres de l'ouvrage majeur de H. Wallon, (« De l'acte à la pensée »), sont consacrés à la comparaison entre les « psychologies de la conscience » et « la psychologie des situations ». Dès les premières, il range celle de Piaget, dont le rayon a

pour limiter l'individu (1970, p.46). Il note : « En dépit de la rigueur vers laquelle il s'efforce, la conception de Piaget reste assez éclectique. Après avoir posé les schèmes moteurs comme l'essentiel et leurs activités individuelles, opérant sur le contrôle de l'expérience, comme les seuls facteurs de l'évolution psychique à ses débuts, il ne peut ensuite faire autrement que d'y ajouter une action d'ensemble. » (1970, p.35) C'est le développement, compris comme le jeu d'une tendance vitale à l'assimilation. Du coup, « le point de vue du sujet et de l'ensemble aurait la priorité sur celui des éléments constitutifs. Mais c'est contraire au système d'explication proposé. Le principe qui avait été éliminé dans les prémisses se réintroduit en cours d'explication » (1970, p.36). Et en effet, si « les schèmes moteurs sont doués d'activité autonome et conquérante », comment « saisir l'instant où le sujet sera enfin surgi des schèmes » ? N'y est-il pas « finalement découvert parce qu'il y était présupposé » ? (1970, pp.28-30).

Wallon examine alors une autre possibilité : « L'objet de la psychologie peut être, au lieu de l'individu, une situation. » Dans ce cas, « L'acte est considéré du dehors, sans aucun postulat de conscience ou de personne. » (1970, p.50) Au bout du compte, pour Wallon, psychologie de l'individu et psychologie de la situation restent prises dans le face à face sujet/objet. Pourtant, « quand la contradiction s'impose, il faut la résoudre. C'est faire tout le contraire que de l'esquiver. Une échappatoire, c'est d'assimiler les deux termes entre eux, une autre c'est de supprimer l'un des deux » (1970, p.78). On sait que pour Wallon, c'est seulement l'activité qui les rassemble et les oppose à la fois. La formation de la structure n'est ni au-dessus comme dans la théorie de la forme, ni d'un seul côté comme avec Piaget, mais dans les conflits de l'activité face à l'obstacle.

A en croire Wallon, le comportement est redevable à la relation que l'individu élabore avec la situation (les circonstances) et non avec les construits psychologiques préexistants parmi lesquels les attitudes et les intentions. Les théoriciens des courants situés de la cognition et de l'action semblent appuyer cette réflexion de Wallon. L'objectif des courants situés de la cognition et de l'action est de fournir une théorie de l'organisation de l'action, et non de caractériser un type particulier d'action. Plus spécifiquement, les débats portent sur les rapports de détermination entre le sujet et la situation, entre l'interne et l'externe. Conein et Jacopin (1994, p.476) argumentent que dans les courants situés, « l'organisation de l'action est entendue comme un système émergent in situ de la dynamique des interactions ».

Les études de comportement sexuel des jeunes négligent généralement les circonstances dans lesquelles interviennent les relations sexuelles, présumant le plus souvent que les rapports des jeunes sont voulus et consensuels. Boldero, Moore et Rosenthal (1992), dans une étude menée en Australie sur l'examen de l'applicabilité de la théorie d'Ajzen et Madden (théorie du comportement planifié) sur l'usage du condom ont montré que les prédicteurs de l'intention d'usage du condom et son usage effectif étaient redevables à la situation. Ils ont examiné les prédicteurs de l'intention d'usage du condom et de son usage effectif dans une situation sexuelle spécifique et ont conclu que :

- - l'intention d'utiliser le condom quelque temps avant et immédiatement est fonction de la rencontre sexuelle et des prédicteurs immédiats de l'action ;
- - la communication entre les partenaires en situation de rapport sexuel est aussi très déterminante pour l'usage du condom etc.

Dans une étude menée sur les jeunes sexuellement actifs du Kenya par Gender – *based violence and reproductive health* (2004), force est de constater que la contrainte sexuelle était du reste associée à la multiplicité des partenaires sexuels. Ces études montrent d'une

manière générale que le comportement sexuel dépend en grande partie de la situation que nous appelons circonstance dans notre étude. Nous pensons que l'acte sexuel est influencé par le moment précis et l'occasion particulière. Nous pensons également que les variables situationnelles exercent une influence sur les intentions avant d'assurer l'organisation, le contrôle, la structure et la réalisation du comportement. C'est sur ce débat que nous allons clore le cadre théorique de notre étude pour amorcer avec le cadre méthodologique qui nous permettra de mieux clarifier nos réflexions théoriques, ceci par les résultats que nous obtiendrons et l'analyse, l'interprétation et la discussion que nous en ferons.

**« Le jeu de la science est en principe sans fin. Celui-là se retire du jeu qui décide un jour que les énoncés scientifiques ne requièrent pas de test ultérieur et peuvent être considérés comme définitivement vérifiés »( Popper, 1978, p.51).**

## **Deuxième partie : Approches méthodologiques et opératoires, présentation des résultats, analyse et discussion.**

La science est le domaine du vérifiable et la psychologie n'en doute point. Aujourd'hui en psychologie, tous les chercheurs trouvent évident d'adopter, dans la recherche, des outils spécifiques, puissants et validés en vue d'analyser scientifiquement des phénomènes psychologiques. La première partie de ce travail a été exclusivement consacrée à la présentation du cadre théorique. Nous allons nous atteler, dans cette seconde partie, à rendre compte de la démarche que nous avons suivie pour résoudre notre problème.

### **Chapitre 4 : Approches méthodologiques et opératoires**

Dans ce chapitre, nous allons aborder les méthodes et techniques d'approche de notre étude. Dans ce sillage, nous allons présenter d'une manière générale la démarche que nous avons utilisée pour parvenir à nos résultats.

#### **4.1- Méthodes de recherche en psychologie sociale**

---

La recherche en psychologie sociale, comme en psychologie en général, utilise différentes méthodes de recherche que nous pouvons répartir en trois groupes : les méthodes expérimentales, les méthodes non expérimentales et les méthodes dites secondaires ou historiques.

La méthode expérimentale ou devis expérimental est celle qui peut se faire en laboratoire ou milieu naturel et se caractérise principalement par la manipulation d'une variable indépendante étudiée chez divers individus ou groupes. En général, on utilise un *groupe témoin* et un ou plusieurs groupes expérimentaux afin d'observer l'effet de la modification de ces variables pour finalement obtenir un lien de causalité. Dans certaines situations, comme par exemple dans les études sur les effets des catastrophes naturelles, il se peut qu'il soit impossible de travailler avec un groupe témoin. On peut alors effectuer une étude sur un groupe témoin équivalent. On parle alors de devis quasi expérimental ou méthode quasi expérimentale.

A un stade plus primitif de recherche, on peut rechercher la causalité entre deux variables mais simplement la corrélation. On fait alors appel au devis corrélationnel ou méthode corrélationnelle. Dans ce cas-ci, aucune variable n'est manipulée par l'expérimentateur. Il s'agit d'une méthode descriptive et non expérimentale. Dans les cas où,



par exemple, pour les raisons d'éthique, il n'est pas possible de recréer certaines conditions en laboratoire ou d'effectuer des expériences sur certains groupes de personnes, on peut faire appel à d'autres types de méthodes non expérimentales comme les enquêtes, les entretiens, les simulations ou les jeux de rôle.

Des méthodes dites secondaires ou historiques comme l'étude de cas, l'analyse de contenu, l'analyse archivistique ou la méta-analyse (synthèse de plusieurs études) sont également utilisées dans la recherche en psychologie sociale.

## 4.2- Présentation et justification de la méthode retenue

---

L'enquête est un des instruments les plus largement utilisés par les psychologues sociaux et les sociologues. Il est difficile de parler de l'enquête en général, non seulement parce qu'il en existe différents types, mais surtout parce que sa pratique exige le recours à différentes techniques, qui soulèvent chacune des questions spécifiques : méthodes de sondage, entretiens libres, échelles d'attitudes, analyse de contenu, analyse statistique, etc. Il n'y a donc pas de « théories des enquêtes », mais un ensemble de questions théoriques, épistémologiques, méthodologiques très divers comme le précisait Ghiglione et Matalon (2004).

Réaliser une enquête, c'est interroger un certain nombre d'individus en vue d'une généralisation. Etant donné qu'il s'agit avant tout d'interrogation, l'enquête se distingue à la fois de l'observation, où l'intervention du chercheur essaie d'être minimale, et de l'expérimentation, où le chercheur, au contraire, crée et contrôle la situation dont il a besoin.

Ensuite, prenant comme unité d'observation, et donc d'analyse, des individus, l'enquête se distingue des différentes méthodes scientifiques qui portent directement sur des unités plus vastes. Enfin, il s'agit d'interrogations en vue d'une généralisation : ce ne sont pas les individus dans ce qu'ils ont de personnel qui nous intéressent, comme c'est le cas dans un entretien - diagnostic ou un entretien d'embauche, mais la possibilité de tirer de ce qu'ils disent des conclusions plus larges. Une enquête consiste donc à susciter un ensemble de discours individuels, à les interpréter et à les généraliser. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Ghiglione et Matalon (2004, p.15) la définissaient comme « une interrogation particulière portée sur une situation comprenant des individus et ce, dans un but de généralisation ». Cette interrogation est à but de vérification d'une hypothèse ou d'un corps axiomatique dont l'hypothèse est le produit. L'enquête consiste à interroger des gens et à susciter des réponses aux questions ou de manière plus précise à «recueillir des données verbales auprès de groupes ou échantillons de sujets choisis en fonction d'objectifs précis, dans le but de décrire et d'analyser une situation particulière »(Moser, 1998, p. 257).

L'enquête est aujourd'hui un des instruments privilégiés de la recherche en sciences sociales, dans la mesure où l'enquête apparaît effectivement dans certaines conditions (le port du préservatif) comme le seul moyen d'obtenir certaines informations. Egalement, le recours à l'interrogation est nécessaire chaque fois que l'on a besoin d'informations sur une grande variété de comportements d'un même sujet, comportement dont l'observation directe, même si elle était possible, demanderait de temps, ou serait complètement impossible parce qu'il s'agit du passé.

On recourt encore à l'enquête lorsque l'observation directe de certains comportements supposerait une véritable intimité souvent pratiquement impossible et inacceptable d'un point de vue déontologique. Il ne reste alors qu'à se contenter des descriptions, des récits, que les sujets enquêtés voudront bien faire en réponse à nos questions. On est obligé de

recourir également à l'interrogation pour saisir des phénomènes tels que les attitudes, les intentions, les opinions, les préférences, les représentations, etc., qui ne sont pratiquement accessibles que par le langage, et qui ne s'expriment spontanément que rarement.

Dans une étude qui porte sur le déroulement de l'acte sexuel, l'intention, l'attitude, la résistance à l'usage du préservatif, les variables intermédiaires entre l'intention et l'action, le recours à l'enquête s'avère impératif. C'est la raison pour laquelle nous portons notre dévolu sur l'enquête. Par ailleurs, l'enquête est une technique relativement simple à appliquer et apparaît nécessaire chaque fois que ce qui nous intéresse ne relève pas de mécanismes de portée générale, mais de phénomènes tels qu'ils se produisent à un moment donné, avec toute leur complexité.

### **4.3- Rappel de l'objet d'étude**

---

La résistance à l'usage du préservatif à l'ère du Sida pendant les rapports sexuels est notre principal centre d'intérêt. Notre étude tente de décrire, d'identifier, d'explorer les facteurs susceptibles de conduire les adolescents sexuellement actifs de la ville de Yaoundé à un comportement anti-attitudinal. Les attitudes selon Ajzen et Fishbein sont des catalyseurs du comportement. Leur faiblesse dans la production de certains comportements a généré le recours à un concept plus significatif, plus pertinent : *l'intention*. Notre étude pose que cette intention est également impuissante dans la réalisation de certains comportements humains à l'instar du comportement sexuel.

La description du comportement sexuel représente une difficulté méthodologique particulière, car elle exige de passer d'un discours qualitatif, qui rend compte spontanément de la continuité de ce que fait un individu d'une manière que l'on pourrait qualifier d'« analogique », à une traduction quantitative de type « digital ». La « digitalisation » du comportement sexuel va constituer tout d'abord, pour le chercheur (observateur), en l'élaboration d'un répertoire de formes motrices ou « *praxèmes* » adaptés à la finesse qu'il veut donner à sa recherche.

Notre étude porte sur l'élaboration des attitudes et intentions « sexuelles ». Elle explore les mécanismes de construction et de réalisation des intentions de port ou de non port du préservatif. Elle accorde une attention particulière aux variables qui justifieraient l'asymétrie entre l'intention et l'acte. Ces variables dites intermédiaires occupent une place importante dans notre recherche, dans la mesure où considérées au départ comme variables accessoires, elles se transforment à la fin en variables principales. Ce processus de transformation retient également notre curiosité scientifique.

Notre étude, d'une manière générale, est centrée sur la genèse, la dynamique et la variabilité de l'intention. C'est cette variabilité qui expliquerait la stabilité, le changement ou la résistance au changement de comportement. C'est dans cet esprit scientifique que nous étudions la résistance au port du préservatif chez les adolescents sexuellement actifs des classes terminales de la ville de Yaoundé. Dans le but d'expliquer le net déphasage entre l'intention de port d'un préservatif et l'acte anti-intentionnel (non port du préservatif) constaté chez les individus.

### **4.4- Le corps des variables potentielles de l'étude**

---

Dans cette partie, nous allons présenter l'ensemble des variables susceptibles de déclencher l'acte sexuel. Nous allons ensuite retenir en nous référant aux travaux de

Boudon et Bourricaud (2004) sur les déterminants de l'action, les facteurs les plus pertinents et susceptibles de déclencher l'action : « porter un préservatif ». De ces facteurs seront prélevées nos variables intermédiaires en fonction de leur importance et de leur intérêt dans la résolution du problème scientifique que nous nous proposons de résoudre. C'est cette opérationnalisation qui nous permettra d'élaborer nos hypothèses de recherche à partir des variables intermédiaires retenues.

En raison de la nature même des êtres humains, les variables permettant d'expliquer leur comportement sont nombreuses et multiples. L'adoption, le maintien et la consolidation d'un comportement de santé comme l'usage du préservatif nécessite une mobilisation totale de toutes les fonctions (biologiques, psychologiques, psychosociales, psychocognitives, etc.) de l'individu. Ainsi, plusieurs variables pourraient permettre l'appréhension d'un comportement sexuel, dans la mesure où il demeure un phénomène complexe et qu'il soit parfois difficile de statuer sur l'ensemble de ses déterminants.

Les préservatifs masculins et féminins, s'ils sont utilisés correctement et de façon systématique, peuvent réduire le risque de transmission par voie sexuelle de 80 à 90% (Onusida, Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida, 2006). L'incapacité à éliminer les variables qui empêchent l'utilisation du préservatif est l'une des raisons les plus importantes de la difficulté à prévenir de nouvelles infections à VIH chez les adolescents camerounais. En raison de leur nombre très élevé, plusieurs de ces variables ne sauraient être néanmoins mentionnées dans cette partie qui pourtant leur est consacrée. Toutefois, nous allons répartir les variables identifiées en facteurs. Ainsi, nous aurons les variables biologiques, psychiques, psychosociales, socio-culturelles, socio-économiques, magico-religieuses et structurelles.

#### 4.4.1- Les variables biologiques

Sur le plan biologique, le port du préservatif peut dépendre de cinq principales variables : les réflexes sexuels, les hormones sexuelles, les phéromones sexuelles, les processus de renforcement, et les processus cognitifs.

- *Les réflexes sexuels* (la lubrification vaginale, l'érection, l'éjaculation, les poussées pelviennes de l'adolescent, la lordose lombaire de l'adolescente, etc.) permettent la réalisation du coït vaginal ;
- *Les hormones sexuelles* sont également impliquées dans la motivation au port du préservatif ;
- *Les phéromones* en provoquant le déclenchement d'un état d'excitation sexuel, permettent également l'identification du partenaire sexuel de l'autre sexe et peuvent susciter chez l'adolescent le choix du partenaire et le type de relation sexuelle (protégée ou non protégée) ;
- *Les processus de renforcement* (ou système de récompense) sont à l'origine de la motivation et de l'apprentissage de séquences motrices destinées à stimuler les organes génitaux (la stimulation du pénis ou du clitoris procure plus de plaisir érotique) qui peuvent être favorables ou défavorables au préservatif ;
- *Les processus cognitifs* permettent d'élaborer des stratégies, des croyances, des valeurs et des symboles sur le port du préservatif (etc.).

#### 4.4.2- Les variables psychiques et psychologiques

Dans le cadre de la prévention par l'usage du préservatif, plusieurs variables psychiques et psychologiques sont susceptibles de conduire les adolescents à la résistance au port du préservatif face au VIH/Sida :

- *le désir d'expériences sexuelles* (la curiosité d'avoir des rapports sexuels non protégés, la recherche de satisfaction, plaisir intense) ;
- *les fantasmes sexuels* (l'éveil du désir sexuel ou la libido, l'intensité du plaisir sexuel, les envies profondes de la plénitude sexuelle) ;
- *La croyance en l'existence du Sida* ;
- *L'actualisation du port du préservatif* (le port du préservatif n'est qu'un sujet d'actualité) ;
- *Le non port du préservatif* est considéré comme une marque de confiance intra-partenaire ;
- *La prise de l'initiative du port du préservatif pendant l'acte sexuel* ;
- L'exigence du préservatif par le partenaire ;
- *Le rejet catégorique de la rhétorique de l'utilisation du préservatif* au motif qu'il véhicule une rationalité mercantiliste et impérialiste des multinationales pharmaceutiques occidentales ;
- *La subjectivité sexuelle*, etc.

#### **4.4.3- Les variables psychosociales**

Le port du préservatif est un comportement relationnel qui implique simultanément la présence d'un ego et d'un alter dans les conditions normales de la relation. Il s'agit d'un comportement psychosocial qui peut être influencé par plusieurs variables :

- *L'identification sociale* (l'identification au partenaire, la conformité aux pairs, etc.) ;
- *La pression psychosociale* (la pression exercée, la pression subie) ;
- *Le non port du préservatif* pour consolider la relation entre les partenaires ;
- *La qualité de l'interaction entre les partenaires* ;
- la qualité de la négociation ;
- *La capacité d'influence de l'homme sur la femme* (etc).

#### **4.4.4- Les variables socio-culturelles**

Alors que le sexe est une expérience profondément personnelle, l'utilisation du préservatif durant les rapports sexuels est souvent liée à des normes religieuses et culturelles ainsi qu'aux croyances personnelles. De telles normes aident les adolescents à définir leurs propres concepts de moralité ou à intérioriser le port ou le non port du préservatif. Parmi ces multiples variables, nous pouvons citer :

- *Le manque d'autonomisation des femmes et d'égalité entre les sexes* (au sein d'une relation hétérosexuelle, les relations de pouvoir entre les sexes sont liées directement à la capacité d'une femme de négocier des pratiques sexuelles à moindre risque avec son partenaire. Dans plusieurs cultures, les femmes n'ont pas le pouvoir d'insister sur l'utilisation du préservatif, que ce soit au sein d'un mariage ou à l'extérieur du mariage) ;
- *La religion et la moralité* (une vision de la sexualité trop rigide ou moraliste et la croyance que la promotion du préservatif encourage l'activité sexuelle sont des éléments dissuasifs quant à l'utilisation du préservatif. Certaines notions culturelles et religieuses de la « moralité », selon lesquelles les préservatifs sont associés à la

promiscuité sexuelle, restreignent à la fois la disponibilité des préservatifs et le degré de confort qu'ils inspirent) ;

- *Les croyances personnelles et le plaisir* (une incompréhension de ce qu'est le VIH, y compris une perception erronée du risque qui lui est associée, nuit aux efforts de promotion du préservatif. De même, certaines personnes se croient invincibles à l'égard du VIH/Sida. Certains adolescents considèrent la sexualité comme un droit, et le plaisir comme un résultat évident de l'acte sexuel. D'autres adolescents se préoccupent du fait que les préservatifs peuvent réduire la sensation et le plaisir retiré de l'acte sexuel, et affecter la performance sexuelle) ;
- *la responsabilité traditionnelle* (les adolescents successeurs qui doivent avoir obligatoirement des rapports sexuels avec les épouses de leur père ou oncles) ;

*l'usage des versets bibliques* qui encouragent la procréation, rôle primordial de l'acte sexuel : (« Soyez féconds, multipliez-vous et remplissez la terre » ; « femmes, soyez soumises à vos maris »).

#### 4.4.5- Les variables socio-économiques

L'utilisation du préservatif est l'une des méthodes les moins coûteuses et les plus rentables de prévention du VIH. Par ailleurs, le fait d'éviter maintenant des infections à VIH permet d'économiser des millions de francs qui auraient été dépensés plus tard pour les traitements, la perte de productivité, et les vies brisées. Malgré tout, la pauvreté continue d'être un obstacle prépondérant dans l'utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels chez les adolescents. Plusieurs variables permettent d'expliquer cette situation :

- *le désir de luxe* (avoir de beaux vêtements, des téléphones portables de « dernier cri », de belles voitures, de beaux appartements, etc.) ;
- *l'aisance financière* (payer le loyer, la scolarité, la satisfaction des besoins essentiels, etc.) ;
- *la dépendance financière* (la plupart d'adolescents entretiennent des rapports sexuels avec des partenaires beaucoup plus âgés et *plus riches* qu'eux, dont ils sont financièrement dépendants) ;
- *le besoin de subsistance* (la famine, le bien-être, les soins médicaux, etc.) ;
- *le chômage* (le manque d'emploi pousse certains adolescents à la prostitution, à la pratique régulière des rapports sexuels, etc.) ;
- *le coût de la vie* (l'inflation des prix sur le marché réduit la capacité de certains adolescents à se prendre en charge) ;
- *la sexualité comme monnaie d'échange* (certains adolescents ont des rapports sexuels comme compensation d'un cadeau, ou de l'argent qui leur est offert).

#### 4.4.6- Les variables magico-religieuses

- L'appartenance à des sociétés secrètes et mystiques s'accompagne parfois des pratiques qui donnent une certaine puissance aux initiés. Les adolescents se trouvant dans cette situation peuvent se sentir imperméables au VIH/Sida. Parmi ces variables, nous pouvons citer : *l'insertion dans une association magico-religieuse* ;
- les croyances fatalistes ;
- le blindage ;
- le sentiment de possession des puissances ancestrales ;
- la croyance en la protection des ancêtres ;
- la pratique des rites magico-religieux.

#### **4.4.7- Les variables structurelles**

L'infrastructure relative au VIH/Sida peut être définie comme tout ce qui est nécessaire à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien des personnes qui en ont besoin ; cela comprend aussi les ressources humaines ; les produits et fournitures ainsi que les systèmes de santé et d'éducation ou les autres systèmes nécessaires à garantir des services uniformes et de qualité. Dans le cadre de cette catégorie de variables structurelles susceptibles d'influencer le port du préservatif, nous pouvons citer :

- *la disponibilité et la qualité de l'éducation sexuelle* (lorsqu'elles sont bien enseignées, les notions concernant la sexualité, la santé et les aptitudes à la vie quotidienne peuvent donner le pouvoir aux filles et aux garçons de faire des choix élaborés et sains relativement aux comportements sexuels et au fait de se protéger contre le VIH).
- *Le système d'approvisionnement et de distribution* (des systèmes de distribution limités, particulièrement en zone rurale, réduisent la disponibilité et restreignent l'accès aux préservatifs) ;

*L'intégration des services en matière de santé sexuelle et génésique et des services relatifs au VIH/Sida* (des liens forts devraient entraîner des bénéfices considérables pour la santé publique, tel qu'un meilleur accès aux services et un intérêt plus grand pour ceux-ci ; ces liens étroits permettraient aussi d'offrir un meilleur soutien à l'utilisation des préservatifs, lesquels constituent une protection contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH).

Dans le cadre de notre étude, l'exploitation de ces variables sera fonction de leur degré d'implication dans le processus de transformation de la variable principale en variable accessoire. Il serait toujours important de préciser que certaines de ces variables avaient déjà été étudiées dans nos recherches précédentes et que d'autres également ont fait l'objet de multiples recherches. C'est la raison pour laquelle, nous retiendrons uniquement, pour la suite de nos recherches, celles qui influencent directement l'action qui nous intéresse. Bien avant d'énumérer les variables retenues, nous trouvons important de produire un tableau synthétique et récapitulatif des facteurs et variables potentiels de l'étude.

Les facteurs potentiels de l'étude	Les variables potentielles de l'étude
1- biologiques	1) Les réflexes sexuels 2) Les hormones sexuelles 3) Les phéromones 4) Les processus de renforcement (système de récompense) 5) Les processus cognitifs
2- psychique et psychologiques	6) Le désir d'expériences sexuelles 7) Les fantasmes sexuels 8) La croyance en l'existence du Sida 9) L'actualisation du port du préservatif 10) La confiance 11) La possibilité de prendre l'initiative du port du préservatif 12) L'exigence du préservatif par le partenaire ; 13) La subjectivité sexuelle, etc. 14) La perception du préservatif 15) La représentation du préservatif 16) L'attribution causale de la maladie Sida 17) L'attitude vis-à-vis du préservatif 18) L'intention

Tableau 1 . Récapitulatif des facteurs et variables potentiels de l'étude

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

Les facteurs potentiels de l'étude	Les variables potentielles de l'étude
3- psychosociaux	19) L'identification sociale 20) La pression psychosociale 21) L'entretien de la relation amicale 22) La qualité de l'interaction 23) La qualité de la négociation 24) La majorité et la minorité (le poids) psychologiques 25) Les représentations sociales du préservatif 26) L'influence des normes sociales
4- socio-culturels	27) Le manque d'autonomisation des femmes et d'égalité entre les sexes 28) La religion et la moralité 29) Les croyances personnelles et le plaisir 30) La responsabilité traditionnelle 31) L'usage des versets bibliques
5- socio-économiques	32) Le désir de luxe 33) L'aisance financière 34) La dépendance financière 35) Le besoin de subsistance 36) Le chômage
6- magico-religieux	37) L'appartenance à des sociétés secrètes 38) Les croyances fatalistes 39) Le blindage 40) Le sentiment d'incarnation des puissances ancestrales 41) La pratique des rites magico-religieux 42) La croyance en la protection des ancêtres

7- structurels	43) La disponibilité et la qualité de l'éducation sexuelle 44) Les systèmes d'approvisionnement et de distribution 45) L'intégration des services en matière de santé sexuelle et génésique
----------------	---

#### 4.5- les Hypothèses et leurs variables

Notre problématique de recherche s'inscrit dans la veine des études qui s'intéressent à la faiblesse de l'intention dans la production de l'action. Elle postule l'existence de variables intermédiaires entre l'intention et l'action. Pour se prononcer sur sa véracité, nous avons formulé une hypothèse générale et des hypothèses de recherche que nous présenterons dans cette partie.



#### 4.5.1- L'hypothèse générale et ses variables

D'après Mace et Petry (2000, p.43), l'hypothèse générale est le « pivot ou l'assise centrale » d'un travail scientifique.

##### 4.5.1.1- L'hypothèse générale

Notre hypothèse générale est la réponse anticipée à notre question de recherche formulée initialement comme suit : *Existe-t-il entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé, à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel » ?*

Nous formulons notre hypothèse générale (HG) en réponse à cette question de recherche comme suit : *Il existe entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel »*. Cette hypothèse générale comporte deux variables : l'intention (vis à vis du port du préservatif) et l'action (le port effectif ou le non port du préservatif).

##### 4.5.1.2- Les variables de l'Hypothèse générale

Une variable est une valeur changeante, qu'il s'agisse de la caractéristique d'un objet, d'un individu ou d'un fait. Elle doit comporter au moins deux valeurs. Notre hypothèse générale est constituée de deux variables :

- *la variable indépendante* : « l'intention vis-à-vis du port du préservatif » constitue la variable que nous allons manipuler. Elle est selon Parot et Richelle (1996), celle que l'on modifie à volonté. Dans une échelle de mesure d'intention, nous allons distinguer l'intention favorable au port du préservatif, l'intention neutre et l'intention défavorable au port du préservatif. A côté de l'intention, nous allons également manipuler les variables intermédiaires.
- *la variable dépendante* : « l'action » est celle que nous allons observer. Nous allons distinguer l'action en port effectif et en non port (ineffectif) du préservatif.

#### 4.5.2- Les indicateurs des variables

Un indicateur est un indice, un signe apparent qui atteste l'existence d'une variable qu'elle soit dépendante ou indépendante. En d'autres termes, l'indicateur est un signifiant qui renvoie à un signifié qui est soit la variable dépendante, soit la variable indépendante.

##### 4.5.2.1- Les indicateurs de la variable indépendante

Dans le cadre de notre recherche, nous manipulons deux types de variables : une variable principale : l'intention et une variable secondaire : les variables intermédiaires.

Notre variable indépendante principale (VIp) a comme indicateurs certains niveaux de l'intention vis-à-vis du port du préservatif. Ainsi, les indicateurs de notre VIp sont :

- l'intention favorable vis-à-vis du port du préservatif ;
- l'intention neutre vis-à-vis du port du préservatif ;
- l'intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif.

Les indicateurs de la variable indépendante secondaire (VIs) de notre recherche renvoient à certains déterminants du port du préservatif, autres que les intentions. Ces indicateurs

dérivent de certaines variables, que nous avons retenues comme susceptibles d'agir sur le port du préservatif, en nous référant aux travaux en sciences humaines sur la « singularité de l'action ». En effet, les travaux réalisés par Argyris, Partnam et Mc Lairn-Smith (1985) ; Barbier (1991) ; Bourdieu (1994) ; Durkheim (1970) ; Lemoigne (1986) ; Nuttin (1985) ; Varela (1989) ; Wallon (1942) ; Vallerand (1993) ; Mendel (1998) ; Cosnier (1994) ; Dejours (1987) ; Rimé (1997) ; Conein (1990), etc. montrent la diversité des paramètres qui entrent en jeu dans le processus du déroulement de l'action. A titre d'exemple, la notice « Action » du Dictionnaire critique de la sociologie de Boudon et Bourricaud indique que « l'action d'un individu se développe toujours à l'intérieur d'un système de contraintes plus ou moins clairement définies, plus ou moins transparentes pour le sujet, plus ou moins rigoureuses ». Les auteurs soulignent aussi la complexité des paramètres qui sont nécessaires pour la décrire, l'expliquer, la comprendre.

D'une manière générale, il ressort de ces travaux que la production d'une action est redevable aux caractéristiques de l'acteur, de l'action, de l'environnement et aussi des interactions entre les acteurs. C'est dans cette optique que nous avons retenu cinq facteurs (l'environnement, l'objet, l'action, le sujet ou l'acteur et l'interaction) à partir desquels nous avons ressorti neuf variables intermédiaires. Le tableau ci-dessous récapitule ces facteurs et leurs variables.

<b>Facteurs</b>	<b>variables</b>
Le sujet	1) la force de l'habitude 2) la force de l'affectivité
L'objet	3) L'inertie cognitive 4) Les antécédents du préservatif
L'interaction	5) La pression psychosociale 6) La qualité de la négociation
L'action	7) Les antécédents de l'acte sexuel 8) Le but du rapport sexuel
L'environnement	9) Le contexte 10) Les circonstances

**Tableau 2.** Récapitulatif des facteurs et des variables intermédiaires de l'étude

Les indicateurs de ces variables intermédiaires sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Les variables	Les indicateurs
1) la force de l'habitude	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le caractère obligatoire de l'action</li> <li>➤ L'incapacité à résister au partenaire</li> </ul>
2) la force de l'affectivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Emotion puissante et continue</li> <li>➤ Passion amoureuse / inclination très vive</li> </ul>
3) l'inertie cognitive	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'inertie explicite</li> <li>➤ L'inertie implicite</li> </ul>
4) Les antécédents	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'expérience du préservatif</li> <li>➤ Le passé de l'acte sexuel</li> </ul>
5) La pression psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La force exercée</li> <li>➤ La contrainte subie</li> </ul>
6) La négociation	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le consensus</li> <li>➤ La discussion</li> </ul>
7) Le but	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La visée émotionnelle</li> <li>➤ Le dessein sentimental</li> </ul>
8) Le contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le contexte pacifique</li> <li>➤ Le contexte conflictuel</li> </ul>
9) Les circonstances	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le moment</li> <li>➤ L'occasion particulière</li> </ul>

**Tableau 3 . Récapitulatif des variables intermédiaires et leurs indicateurs**

#### 4.5.2.2- Les indicateurs de la variable dépendante

La variable dépendante : « l'action » est la variable étudiée (observée) ; elle est liée à celle que nous venons d'évoquer. C'est un comportement qui reflète l'influence de la variable indépendante. Elle est donc l'effet qui découle de la manipulation de l'intention et des variables intermédiaires.

- Les indicateurs de notre variable dépendante renvoient au comportement préventif produit, manifesté, réalisé par les adolescents pendant l'acte sexuel. Dans cet esprit, on peut en distinguer trois : *le port effectif du préservatif pendant l'acte sexuel* ;
- le non port du préservatif pendant l'acte sexuel ;
- le port interrompu du préservatif pendant l'acte sexuel.

Il serait toutefois important de préciser que dans le cadre de notre recherche, le troisième indicateur ne retiendra pas notre attention scientifique. Seuls les deux premiers (port ou non port du préservatif) seront explorés avec minutie.

Après avoir présenté l'hypothèse générale et ses variables, mentionnons que dans sa forme actuelle, elle ne peut directement être soumise aux exigences de la vérification ; ceci n'est possible qu'en l'éclatant en plusieurs hypothèses concrètes, plus opérationnelles. Pour rendre l'opérationnalisation de notre hypothèse générale plus méthodique et plus congruente, nous allons procéder par une analyse factorielle.

#### 4.5.3- Le plan factoriel

Les plans d'expériences permettent une diminution considérable du nombre d'essais, et une interprétation rapide est sans équivoque. Ils fournissent des résultats faciles à présenter à des non-spécialistes. Ils offrent la possibilité d'étudier un très grand nombre de facteurs, de détecter des interactions éventuelles, de même qu'une modélisation aisée des résultats et une détermination des résultats avec une bonne précision.

Le plan factoriel est un plan d'expériences (*design*) qui permet de répondre, dans l'idéal, à deux questions différentes dans le même essai. Le plan factoriel est précisément destiné à résoudre les problèmes à plusieurs variables et à « *mettre en évidence non seulement leurs effets respectifs mais aussi leurs éventuelles interactions* » (Parot et Richelle, 1996, p.323). Ainsi, un plan est dit factoriel quand on utilise toutes les combinaisons possibles des degrés des différentes variables indépendantes choisies.

- Le plan factoriel ainsi défini présente certains avantages d'après Reuchlin (1986) : la possibilité d'estimer les interactions possibles entre les variables étudiées ;
- la base de l'induction est plus large ;
- Chaque mesure (variable) ou chaque groupe de mesure (facteur) contribue à la résolution des problèmes posés. C'est dans ce sillage que Fraisse reconnaît que le plan factoriel constitue « *l'ossature même de toute entreprise empirique* » (Fraisse, 1974, p.120). C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles le plan factoriel s'est avéré le plan d'expérience le plus indiqué pour notre étude.

Dans le cadre de notre recherche, les différents indicateurs des variables indépendantes, intermédiaires et dépendantes ainsi que les inter-relations cause-effet qui existent entre elles font l'objet du tableau suivant :

	<b>VD</b>	<b>VD</b>
<b>VI et VI<sub>t</sub></b>		
<b>VI</b>		<b>VI x VD</b>
<b>VI<sub>t</sub></b>		<b>VI<sub>t</sub> x VD</b>

**Tableau 4 : Plan factoriel**

Où :

VD = variable dépendante

VI = Variable Indépendante

VIt = Variable Intermédiaire

X = verbe de l'action (conduire à).

A partir de ce plan factoriel, nous avons formulé les hypothèses de recherche de notre étude. Nous avons ainsi retenu neuf hypothèses de recherche.

#### 4.5.4- Les hypothèses de recherche et leurs variables

L'hypothèse générale peut être subdivisée en hypothèses de recherche. Les hypothèses de recherche sont plus précises et permettent au chercheur de procéder à la vérification, de tirer des conclusions sur l'hypothèse générale. Nous rejoignons ainsi les préoccupations de Robert (1982) qui pense que l'hypothèse générale est infuse, elle sert à guider tout de même, une réflexion plus approfondie. A la lumière de l'analyse factorielle ci-dessus présentée, nous avons formulé nos hypothèses de recherche. Ces hypothèses sont les suivantes :

**HR \_1\_** : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une pression psychosociale* qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : une pression psychosociale

Variable Dépendante : l'action.

**HR \_2\_** : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *un contexte* qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : un contexte

Variable Dépendante : l'action.

**HR \_3\_** : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une négociation* qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : une négociation

Variable Dépendante : l'action

**HR \_4\_** : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *un but* qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : un but

Variable Dépendante : l'action

**HR \_5\_** : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une inertie cognitive* qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : une inertie cognitive

Variable Dépendante : l'action.

**HR** 6 : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une force de l'habitude* qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : une force de l'habitude

Variable Dépendante : l'action.

**HR** 7 : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *une force de l'effectivité* qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : une force de l'effectivité

Variable Dépendante : l'action

**HR** 8 : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *des circonstances* qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : une circonstance

Variable Dépendante : l'action

**HR** 9 : Il existe entre l'intention d'agir et l'action *des antécédents* qui conduisent les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».

Variable Indépendante : l'intention

Variable Intermédiaire : un antécédent

Variable Dépendante : l'action

Ces hypothèses et leurs variables et indicateurs sont présentés dans le tableau synoptique ci-dessous.

Hypothèse de recherche (HR)	Variable indépendante (VI)	Indicateurs de la VI	Variable Intermédiaire (Vit)	Indicateurs de la VI	Variable Dépendante (VD)	Indicateurs de la VD
<b>HR1</b> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action <i>une pression psychosociale</i> qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif -intention neutre vis-à-vis du port du préservatif -intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif	une pression psychosociale	-force exercée  -contrainte subie	action	-le port du préservatif  - le non port du préservatif
<b>HR2</b> : Il existe, entre l'intention d'agir et l'action <i>un contexte</i> qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif -intention neutre vis-à-vis du port du préservatif	Un contexte	- pacifique  - conflictuel	action	-le port du préservatif  - le non port du préservatif

**Tableau 5 . De correspondance de l'analyse des variables, des hypothèses de recherche**

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action.  
Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

Hypothèse de recherche (HR)	Variable indépendante (VI)	Indicateurs de la VI	Variable Intermédiaire (Vit)	Indicateurs de la Vit	Variable Dépendante (VD)	Indicateurs de la VD
« anti-intentionnel ».		-intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif				
<b>HR3</b> : Il existe, entre l'intention d'agir et l'action <i>une négociation</i> qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif -intention neutre vis-à-vis du port du préservatif -intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif	une négociation	-consensus  -discussion	action	-le port du préservatif  - le non port du préservatif
<b>HR4</b> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action <i>un but</i> qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production,	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif -intention neutre vis-à-vis du port du	Un but	-visée émotionnelle  -dessein sentimental	action	-le port du préservatif  - le non port du préservatif



Hypothèse de recherche (HR)	Variable indépendante (VI)	Indicateurs de la VI	Variable Intermédiaire (Vit)	Indicateurs de la VI	Variable Dépendante (VD)	Indicateurs de la VD
manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».		préservatif -intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif				
<b>HR5</b> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action <i>une inertie cognitive</i> qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif -intention neutre vis-à-vis du port du préservatif -intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif	une inertie cognitive	-explicite -implicite	action	-le port du préservatif  - le non port du préservatif
<b>HR6</b> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action <i>une force de l'habitude</i> qui conduit les adolescents-élèves des classes	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif -intention neutre vis-	une force de l'habitude	-caractère obligatoire de l'acte sexuel	action	-le port du préservatif

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action.  
Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

Hypothèse de recherche (HR)	Variable indépendante (VI)	Indicateurs de la VI	Variable Intermédiaire (Vit)	Indicateurs de la VI	Variable Dépendante (VD)	Indicateurs de la VD
terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».		à-vis du port du préservatif -intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif		-incapacité à résister au partenaire		- le non port du préservatif
<b>HR7</b> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action <i>une force de l'affectivité</i> qui conduit les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif -intention neutre vis-à-vis du port du préservatif -intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif	une force de l'affectivité	-émotion puissante et continue  -passion amoureuse / inclination très vive	action	-le port du préservatif  - le non port du préservatif
<b>HR8</b> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action des <i>circonstances</i> qui conduisent les adolescents-élèves	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif	des circonstances	-moment  -occasion	action	-le port du préservatif

Hypothèse de recherche (HR)	Variable indépendante (VI)	Indicateurs de la VI	Variable Intermédiaire (Vit)	Indicateurs de la Vit	Variable Dépendante (VD)	Indicateurs de la VD
des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».		-intention neutre vis-à-vis du port du préservatif -intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif		particulière		- le non port du préservatif
<u>HR9</u> : Il existe entre l'intention d'agir et l'action <i>des antécédents</i> qui conduisent les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la réalisation (production, manifestation) d'un comportement « anti-intentionnel ».	intention	-intention favorable vis-à-vis du port du préservatif -intention neutre vis-à-vis du port du préservatif -intention défavorable vis-à-vis du port du préservatif	des antécédents	-expérience du préservatif -passé de l'acte sexuel	action	-le port du préservatif - le non port du préservatif

## 4.6- Les instruments de mesure

Les sciences sociales et particulièrement la psychologie utilisent plusieurs types d'instruments dans le recueil des informations au rang desquels : les entretiens, le questionnaire, etc. L'emploi de chacun de ces instruments varie suivant l'objet de la recherche et le type de sujet à examiner. D'après Jakobi (1993, p.345), le questionnaire et l'interview sont les principales techniques de recueil d'informations de l'enquête.

### 4.6.1- Présentation et justification du type d'instrument retenu

Le chercheur doit se rassurer que l'instrument de collecte des données qu'il se propose d'utiliser lui permet de mesurer ce qu'il prétend mesurer. C'est en ce sens que Charles repris par Grawitz (1970, p.603) déclare qu' « *on étudie le fond de la mer avec une sonde. Si celle-ci ramène de la vase c'est que le fond est vaseux. Si elle ramène de la boue, c'est que le fond est boueux. Si elle ne ramène rien c'est que la ficelle est trop courte* ». Le questionnaire

étant l'instrument par excellence de collecte des données en psychologie sociale, notre choix s'est porté sur lui. Cependant, ce choix n'a pas été arbitraire.

Pour Delhomme et Meyer (2003, p.197), le questionnaire est la technique la plus coutumière dans les recherches en psychologie sociale. Le questionnaire est une suite de questions standardisées destinées à planifier et à faciliter le recueil de témoignages verbaux. Chaque participant ou chaque groupe de participants, répond à la même question. Les réponses sont pour la plupart contraintes par un format de réponses fixé d'avance (échelles, choix entre plusieurs alternatives, classements, etc.). Le questionnaire s'impose d'abord pour ses vertus pragmatiques comme la rapidité d'administration et l'accès quasi immédiat aux calculs. Il sert diverses méthodes d'acquisition de connaissances à titre de mesure principale ou secondaire. Premièrement, c'est l'outil principal, voire unique de l'investigation comme dans les enquêtes et l'expérimentation utilisant des échelles d'attitudes ou de personnalité. Deuxièmement, le questionnaire est un outil complémentaire pour enrichir avec des témoignages verbaux une investigation principale fondée souvent sur l'observation de comportements. Toutefois, avant de choisir d'utiliser un questionnaire à un titre ou à un autre, il est nécessaire de s'interroger pour savoir s'il va permettre d'atteindre les objectifs de la recherche que l'on s'est fixés.

Le questionnaire correspond par excellence, à la phase quantitative d'une enquête. Il comporte une série de questions ouvertes ou fermées. C'est un outil qui est prescrit chaque fois que l'objet d'étude est cerné et précis. Le questionnaire, contrairement à l'entretien, nous permet de recueillir les informations sur le terrain pendant une durée moins longue. En plus, il nous offre un instrument facile à manipuler et de moindre coût sans nécessiter des appareils d'enregistrement.

Le questionnaire est réservé aux domaines bien circonscrits, concernant des faits ou des opinions ne relevant pas de problèmes, d'attitudes ou d'opinions ambiguës ou complexes. En tant qu'outil d'enquête standardisé dans la forme des questions et le plus souvent préformé dans les réponses, le questionnaire restreint considérablement le choix des réponses et donc le type d'informations recueillies. Son intérêt est dans la consultation d'un grand nombre de participants. Il permet aisément les traitements statistiques. Il est également important de préciser tout comme Eymard (2003, p.139) qu'« un questionnaire n'a pas pour but de renseigner sur ce que les gens font, mais plutôt sur ce qu'ils déclarent faire ou sur ce qu'ils pensent faire ». C'est un outil qui appréhende la perception des participants sur leur faire et non le faire directement. Si vous vous intéressez à ce que font les participants, préférez-lui l'observation directe (Eymard, 2003). C'est une nuance importante, et qui n'a rien à voir, avec la confiance que le chercheur ou l'enquêteur donne au participant en ce qui concerne « la sincérité de ses réponses » (Grawitz, 1993). Le questionnaire, rappelons-le, n'a pas seulement des avantages, il a aussi des inconvénients.

Le questionnaire écrit ne donne aucune garantie que c'est la personne visée et elle seule qui y a répondu, sauf si l'enquêteur est présent lors de la passation. De même en ce qui concerne la spontanéité, le questionnaire n'est pas l'outil le plus performant. Le répondant a la possibilité de lire l'ensemble du questionnaire avant de se lancer dans les réponses. Il peut aussi prendre le temps qu'il souhaite pour chaque question. Certaines personnes répondront en quinze minutes ou moins, d'autres le feront en plus de quinze minutes ou sur plusieurs jours. Si vous souhaitez cependant obtenir des réponses spontanées, il vous reste à organiser des modalités de passation qui y seront favorables : temps délimité et présence de l'enquêteur. A une question complexe ou gênante, l'enquêté peut ne pas répondre ou le faire de façon vague ou biaisée. Se pose alors le problème des non-réponses

à une question. Le questionnaire que nous allons utiliser dans ce travail contourne tous ces obstacles et se plie aux exigences et recommandations scientifiques requises.

#### 4.6.2- Les questionnaires de l'étude

Lorsque le chercheur se propose de décrire le champ social, il découvre deux types de variables. Les unes sont directement observables, les autres sont latentes et inférées. Les premières constituent généralement ce que nous appelons les indicateurs sociologiques, elles font référence à des critères objectifs et sont donc le plus souvent aisément accessibles à l'observation. Le second type, qui est celui qui nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de cette étude, est constitué au contraire par des variables que nous appellerons subjectives, dans la mesure où elles se présentent sous la forme de composantes non directement observables de la personnalité des individus. C'est à travers elles que s'exprime la façon dont les individus appréhendent et vivent les phénomènes sociaux auxquels ils se trouvent confrontés. Dans l'étude de l'intention vis-à-vis du port du préservatif, cette variable, qui est celle qui nous importe dans un premier temps, n'est par définition, pas directement accessible.

La mesure de l'intention d'une manière méthodique requiert la même mesure que celle de l'attitude. Une attitude, qu'on la définisse comme un état intérieur ou comme une propension à agir d'une certaine manière, n'est pas elle-même observable. Selon l'obédience épistémologique ou méthodologique à laquelle le chercheur se rattache, il dira que c'est une variable sous-jacente, intermédiaire ou latente, une construction théorique ou hypothétique, ou encore un concept théorique (Ghighlione et Matalon, 2004). Tous ces termes, poursuivent-ils, en fait équivalents, désignent des notions qu'on ne peut pas saisir directement, mais seulement inférer ou construire à partir des données manifestes qui sont, dans le cas particulier des enquêtes, les réponses obtenues.

Pour explorer la théorie du comportement planifié d'Ajzen qui accorde une place de choix aux attitudes et aux intentions, l'auteur conseille la construction d'une échelle d'attitude. Il existe classiquement quatre types d'échelle : l'échelle *nominale* (nomination) ; l'échelle *ordinaire* (nomination, ordre) ; l'échelle *par intervalle* (nomination, ordre, distance) et l'échelle de *rapport ou proportionnelle* (nomination, ordre, distance, rapport). De ces quatre types d'échelles, celui qu'utilise Ajzen dans sa théorie du comportement planifié et celui que nous allons utiliser dans la construction du premier questionnaire est l'échelle ordinaire. Il serait peut-être important de préciser que l'échelle de Likert (1933) qui est le plus utilisé pour répondre aux problématiques de la théorie du comportement planifié pose un problème typologique qu'il faut résoudre avant tout usage.

En effet, les avis sont partagés en ce qui concerne la nature de l'échelle de Likert. Certains pensent qu'il s'agit d'une échelle ordinaire, et d'autres pensent plutôt qu'il s'agit d'une échelle par intervalle ou d'une échelle mixte (ordinaire et par intervalle). Toutefois, dans certains cas, les items utilisés peuvent être considérés comme « *interval-level data* » (le niveau d'intervalle des données) ou ils peuvent être considérés comme « *ordered-categorical data* » (ordre des catégories des données). Dans d'autres cas, le libellé de la réponse implique une symétrie des niveaux de réponse à une catégorie moyenne, un tel item tomberait entre ordinaire et d'intervalle. Le traiter comme ordinaire exclusivement serait une perte d'information. D'une manière générale, les items sont traités comme des données ordinaires, si les réponses à l'échelle de Likert peuvent être rassemblées dans les graphiques à barres, de la tendance centrale, résumées par la médiane ou le mode (mais pas la moyenne), la dispersion résumée par la série à travers les quartiles (mais pas l'écart-type)

ou analysées à l'aide des tests non paramétriques, par exemple, le test de khi-carré. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles nous optons pour une échelle ordinale.

Le questionnaire que nous avons utilisé dans la deuxième phase de l'enquête est constitué de manière quasi-exclusive de questions fermées et de quelques questions ouvertes. L'avantage le plus significatif des questions fermées est qu'elles rendent facile l'analyse des résultats. En outre, elles évitent au chercheur de faire face à des réponses qui peuvent s'avérer difficiles à interpréter ou paraissent à la lecture totalement non pertinentes, par rapport à la question posée (Jakobi, 1993).

#### **4.6.3- La construction des questionnaires**

La construction d'un questionnaire et la formulation des questions constituent une phase cruciale dans le déroulement d'une enquête (Eymard, 2003). Toute erreur ou maladresse ou ambiguïté se répercute sur l'ensemble des opérations ultérieures et sur les conclusions de l'étude. La mauvaise préparation expose au risque de construire un questionnaire qui n'appréhende pas la totalité du phénomène étudié. Le critère essentiel d'une « bonne question » est de susciter une réponse contenant l'information recherchée. L'objectif qui guide la formulation des items est de permettre au participant de faire part de « sa » réponse. La construction des deux questionnaires de notre étude a en grande partie respecté les prescriptions méthodologiques ci-dessus. Ces questionnaires ont été distribués aux participants à trois mois d'intervalle, l'un administré au temps 1 et l'autre au temps 2. Le processus décrit ci-dessous est basé sur la méthode proposée par Gagné et Godin (1999) pour le développement des questionnaires psychosociaux.

##### **4.6.3.1- Le questionnaire administré au « Temps 1 »**

Ce premier questionnaire comporte largement des échelles d'attitudes et des échelles numériques pour évaluer la fréquence du comportement sexuel antérieur. Selon Ghiglione et Matalon (2004, p.227), mesurer une attitude « C'est se donner la possibilité d'ordonner tous les individus étudiés selon qu'ils sont plus ou moins favorables à un objet, ou, plus généralement, qu'ils présentent plus ou moins une certaine tendance. » Ainsi, construire une échelle d'attitude, poursuivent-ils, c'est poser des questions dont les réponses permettent d'ordonner les participants selon qu'ils sont plus ou moins favorables.

Les échelles numériques nous ont servi pour mesurer la fréquence des rapports sexuels protégés ou non protégés de nos participants durant les trois derniers mois précédant le jour de l'enquête. Dans ce type d'échelle, soulignent Eymard (2003, p. 146) : « le chiffre utilisé a une valeur numérique et permet de faire des calculs numériques (addition, moyenne) ». Par exemple, à la question de savoir si les participants avaient précédemment eu des rapports sexuels non protégés, il était possible de trouver la différence entre le nombre de rapports sexuels protégés qu'il a eus pendant les trois précédents mois et le nombre de rapports sexuels protégés qu'il a déclarés.

Pour mesurer les attitudes, l'échelle d'attitude à sept niveaux inspirée du modèle de Likert (1933) nous a paru appropriée pour nos mesures. Elle consiste à formuler une phrase affirmative à propos de laquelle le participant donne son opinion en se positionnant sur l'échelle des réponses proposées. Pour éviter de postuler l'équivalence entre les questions, il est conseillé d'attribuer à chaque réponse un « poids » différent, et caractériser chaque participant par la somme des poids des réponses qu'il a données. L'attribution de poids aux réponses et la composition additive de ces poids, caractérisent la méthode de Likert. C'est dans cette optique que Daval *et al.* (1967, p.215), en évoquant le principe des échelles

d'attitudes, disent que : « l'ensemble des réponses est pré-structuré, les notes numériques attribuées à chaque type de réponse ne concernent en rien l'individu interrogé : c'est l'expérimentateur qui assigne à l'avance une note à une réponse, réservant les notes les plus élevées aux réponses qui sont « le plus en faveur de l'attitude » considérée ; les notes les plus basses aux réponses les plus défavorables, la note moyenne à la réponse hésitante qui n'ose pas bousculer vers l'un ou l'autre des deux extrêmes ».

Dans la méthode de Likert, on suppose que l'attitude existe, c'est-à-dire que les participants sont ordonnés, selon qu'ils sont plus ou moins favorables à l'objet étudié. Si les questions se rapportent bien à l'attitude en question, les probabilités pour qu'un participant donne la réponse favorable à chaque question particulière seront d'autant plus fortes qu'il sera lui-même plus favorable. Le modèle suppose donc que la probabilité de la réponse favorable à une question croît de façon monotone en fonction de l'attitude sous-jacente des participants. Devant un ensemble de questions qu'on suppose se rapporter toutes à la même attitude, il faut donc vérifier que les réponses recueillies sont bien conformes au modèle. C'est cela qui constituera le critère de cohérence nécessaire pour admettre que les différentes questions peuvent intervenir dans la même échelle.

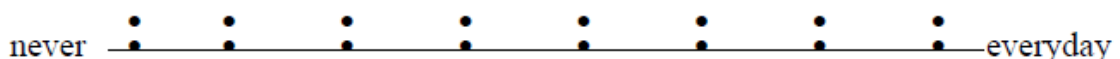
Le modèle de Likert justifie également une composition additive des réponses. En effet, on voit qu'une personne très favorable a une forte probabilité de donner un grand nombre de réponses favorables. Inversement, une personne ayant donné plusieurs réponses favorables a une probabilité élevée d'avoir une attitude favorable. Le nombre de réponses favorables ou, éventuellement, une combinaison plus complexe constituera donc un bon indicateur. La méthode proposée par Likert consiste à utiliser une mesure provisoire de l'attitude, en prenant comme estimation le nombre de réponses favorables.

Dans la démarche de Likert, les questions sont parfois indépendantes les unes des autres, et en plus, un même poids (score) peut être établi par sommation de réponses élémentaires différentes. Afin de contourner cette difficulté, Likert propose d'établir la preuve préalable de l'homogénéité de l'échelle, puisque, pour que la totalisation des notes élémentaires ait un sens, il faut que les items soient homogènes, c'est-à-dire, relèvent de la même dimension. La méthode proposée consiste à vérifier pour chaque item (i), la corrélation qui devrait se manifester pour l'ensemble des participants entre leur note à cet item et leur score à l'ensemble de l'échelle, si l'ensemble des items est homogène. Cette méthode de Likert demeure la plus utilisée dans les problématiques de comportement planifié d'Ajzen, elle présente, en effet, une grande facilité d'utilisation même si ses fondements théoriques et épistémologiques paraissent fragiles.

Notre échelle est calquée sur le modèle généralement utilisé dans les études d'Ajzen sur l'intention. Nous allons l'illustrer à partir de l'échelle ci-dessous, que Ajzen (2006, *etest*) a pris en guise d'initiation à la construction d'une échelle relative à la théorie du comportement planifié. L'exemple porte sur une promenade sur un « *treadmill* » pendant au moins trente minutes chaque jour durant les quatre prochains mois.

**Le comportement antérieur :**

*Please estimate how often you have walked on the treadmill for at least 30 minutes in the past month. Check the interval on the following scale that best represents your estimate.*



**l'attitude envers le comportement**

*For me to walk on a treadmill for at least 30 minutes each day in the forth coming month  
is:*

harmful         beneficial

pleasant         unpleasant

good         bad

worthless         valuable

enjoyable         unenjoyable

### **Les normes subjectives**

Must people who are important to me think that:

I should         I should not


walk on a treadmill for at least 30 minutes each day in the forth coming month.

*It is expected of me that I walk on a treadmill for at least 30 minutes each day in the  
forthcoming month:*

Extremely likely         Extremely unlikely

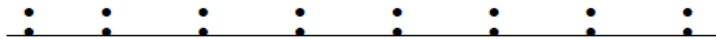
The people in my life whose opinions I value would



The people in my life whose opinions I value would  
approve  disapprove  
*of my walking on a treadmill for at least 30 minutes each day in the forthcoming month*

**Le contrôle comportemental perçu**

*For me to walk on a treadmill for at least 30 minutes each day in the forthcoming month would be:*


impossible  possible

*If I wanted to I could walk on a treadmill for at least 30 minutes each day in the forthcoming month*

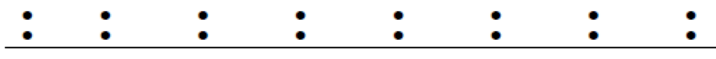
Definitively true  Definitively false

**L'intention**

*I intend to walk on a treadmill for at least 30 minutes each day in the forthcoming month*

Extremely likely  Extremely unlikely

*I will try to walk on a treadmill for at least 30 minutes each day in the forthcoming month*

Definitively true  Definitively false

*I plan to walk on a treadmill for at least 30 minutes each day in the forthcoming month*

Strongly disagree  Strongly agree

Source: ICEK Ajzen (January, 2006, e-test).

Notre questionnaire comporte des questions sur l'identification (sexe, tranche d'âge, établissement, classe, numéro d'ordre alphabétique et le statut sexuel du participant) et quinze échelles parmi lesquelles trois portent sur le comportement sexuel antérieur ; trois sur l'attitude envers le port du préservatif ; trois sur les normes subjectives envers le port du préservatif ; deux sur le contrôle comportemental perçu, et quatre portent sur l'intention vis-à-vis du port du préservatif. Le tableau de congruence ci-dessous apporte quelques précisions sur le contenu du questionnaire.

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

Facteurs	Variables	Indicateurs	Items	Questions
La théorie du comportement planifié	Comportement sexuel antérieur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Port effectif du Préservatif</li> <li>- Non port du préservatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-0 fois</li> <li>-1 fois</li> <li>-2 fois</li> <li>-3 fois</li> <li>-4 fois</li> <li>-5 fois</li> <li>-6 fois</li> <li>-7 fois</li> <li>-8 fois</li> <li>-9 fois</li> <li>-10 fois</li> <li>-+10 fois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-2.1.1</li> <li>-2.1.2</li> <li>-2.1.3</li> </ul>
	Attitudes envers le port du préservatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorable</li> <li>-Neutre</li> <li>- Défavorable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-très (bénéfique, plaisante, positive)</li> <li>-bénéfique, plaisante, positive</li> <li>-un peu (bénéfique, plaisante, positive)</li> <li>-neutre</li> <li>-un peu (dangereuse, déplaisante, négative)</li> <li>-dangereuse, déplaisante négative</li> <li>-très (dangereuse, déplaisante, négative)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-3.1</li> <li>-3.2</li> <li>-3.3</li> </ul>
	Normes subjectives envers le port du préservatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorable</li> <li>-Neutre</li> <li>- Défavorable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-extrêmement vrai</li> <li>-vrai</li> <li>-un peu vrai</li> <li>-neutre</li> <li>-un peu faux</li> <li>-faux</li> <li>-extrêmement faux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-4.1</li> <li>-4.2</li> <li>-4.3</li> </ul>

**Tableau 6 . De congruence du questionnaire administré au « Temps 1».**

	Contrôle comportemental perçu sur le port du préservatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorable</li> <li>-Neutre</li> <li>- Défavorable</li> </ul>	-extrêmement d'accord	-5.1
			-d'accord	
	Intention vis-à-vis du port du préservatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorable</li> <li>-Neutre</li> <li>- Défavorable</li> </ul>	-un peu d'accord	- 5.2
			-neutre	
			-un peu en désaccord	en
			-en désaccord	
			-extrêmement en désaccord	
			-extrêmement d'accord	-6.1
			-d'accord	-6.2
			-un peu d'accord	-6.3
			-neutre	-6.4
			-un peu en désaccord	-6.3
			-en désaccord	-6.4
			-extrêmement en désaccord	-6.4

**Tableau 6 . De congruence du questionnaire administré au « Temps 1 ».**

#### 4.6.3.2- La validité du questionnaire administré au « Temps 1 »

La validité d'un questionnaire est selon Contandriopoulos *et al.* (1990), la capacité à mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer. Elle est aussi définie comme la qualité d'un instrument qui mesure réellement ce qu'il prétend mesurer (Fortin, 1996). A la lumière de ces définitions, nous pouvons approuver la validité de notre instrument dans la mesure où toutes les variables annoncées sur la théorie du comportement planifié d'Ajzen ont été retenues pour construire cet instrument. En outre, cet instrument s'inspire du modèle construit par le théoricien principal de la théorie. Il est important de mentionner que ces précisions relèvent de la validité du contenu de l'instrument. Il est aussi nécessaire de statuer sur la validité interne et externe du questionnaire.

La validité interne d'un instrument, d'une manière générale, est la correspondance entre les questions posées et les variables et hypothèses de recherche de l'étude. Dans toutes nos hypothèses, nous avons annoncé l'intention comme variable indépendante principale. Sur le plan théorique, l'intention est corrélative aux attitudes, aux normes subjectives et au contrôle comportemental perçu. Dans la construction de notre questionnaire, nous avons accordé un intérêt principal à cette corrélation et à la correspondance entre les questions posées et les variables retenues.

La validité externe, quant à elle, est la relation entre les questions et le niveau de compréhension des enquêtés. En d'autres termes, les participants ont-ils les facultés et aptitudes requises pour apporter effectivement les réponses attendues ? Pour vérifier cette correspondance, nous avons fait un pré-test et avons compris que les élèves des classes terminales avaient des aptitudes importantes pour apporter des réponses objectives et fiables aux questions.

#### 4.6.3.3- Le pré-test du questionnaire administré au « Temps 1 »

Pour Ghiglione et Matalon (2004), lorsqu'une première version du questionnaire est rédigée, c'est-à-dire, lorsque la formulation de toutes les questions et l'ordre de celles-ci est fixé, à titre provisoire, il est impératif de s'assurer que le questionnaire est bien appréciable et

qu'il répond effectivement aux problèmes que pose le chercheur. Pour cela, une série de vérifications empiriques est nécessaire. Il s'agit donc d'essayer sur un échantillon réduit l'instrument prévu pour l'enquête.

Lorsqu'il s'agit d'une échelle d'attitude, le pré-test devient une épreuve délicate et difficile. Grawitz (2001, p.52) précise qu' « alors que les questionnaires tentent de déceler ou prévoir les attitudes, les échelles, instruments plus rigoureux, veulent surtout les mesurer ». Comme dans le cas du questionnaire, le pré-test, ici, consiste à construire une première échelle et à la faire passer à quelques sujets afin de l'ajuster.

Nous avons tout d'abord construit un premier instrument de collecte des données comportant des échelles. Le mercredi 17 janvier 2007, aux élèves de la *Seconde A 1* du lycée de Biyem-assi (au nombre de 86) nous l'avons testé. C'est alors que nous nous sommes rendu compte qu'ils n'étaient pas aptes à apporter des réponses objectives à nos échelles, dans la mesure où certaines de leurs réponses n'avaient aucun rapport avec les items mesurés ; ce qui nous a également amené à réaliser que ces items étaient mal formulés. Nous avons aussi constaté qu'ils étaient pour la plupart sexuellement peu actifs et non actifs, la tranche des personnes sexuellement actives étant très peu élevée. C'est la raison pour laquelle nous avons administré le questionnaire corrigé une semaine après (le mercredi 24 janvier 2007) à leurs aînés de la *Terminale D 2*, ceux-ci nous ont apporté des réponses objectives et intéressantes. C'est à ce moment que nous avons décidé de travailler uniquement avec les adolescents-élèves des classes terminales.

Pour valider nos items, nous avons procédé à des opérations mathématiques pour évaluer la capacité de chaque item à mesurer effectivement l'attitude concernée. Dans cette optique, le calcul de la corrélation est indispensable. Daval et al. (1967, p. 217) stipulent que : « pour estimer la valeur de l'item, c'est-à-dire son pouvoir d'information sur l'attitude étudiée, nous calculerons sa corrélation avec la série de notes totales qui constituent le score ».

Pour calculer le coefficient de corrélation, nous allons nous inspirer de celui de Bravais-Pearson. Pour en savoir davantage, il serait nécessaire de présenter la technique des scores appliquée lors du dépouillement de nos items après le recueil des données pendant le pré-test et l'enquête définitive. Le principe, ici, consiste à additionner les notes obtenues par chaque participant aux différents items. La somme totale de ces notes constituera le score du participant. Tous les scores permettent donc de classer les participants.

Pour mieux expliquer cette méthode, nous allons prendre l'exemple de Loubet del Bayle (1986, p.89) comme une véritable illustration.

Items	1	2	3	4	5	score
<b>Individu</b>						
A	5	5	5	5	5	25
B	3	5	2	5	5	20
C	1	3	1	3	4	12
D	1	1	1	4	1	8
<b>Totaux</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	

**Tableau 7 . Illustration à la méthode des scores**

Source : Loubet del Bayle (1986).

Lorsque  $r = 0$  pour un item, cela signifie que l'item est inutilisable, autrement dit, il doit être simplement rejeté ou remplacé. L'item, dont il est question, est inadéquat pour mesurer l'attitude qui intéresse le chercheur. Ainsi, on peut conclure qu'il n'existe aucune relation entre lui et les autres. Plus  $r$  tend vers 1 ou  $-1$ , plus l'item concerné renseigne effectivement sur l'attitude mesurée. Les possibilités d'information des items sont faibles à mesure que  $r$  tend vers 0. C'est la raison pour laquelle certains items, après le pré-test, ont été annulés ou modifiés. Par ailleurs, le classement des items a été rectifié de manière à privilégier un ordre psychologique à un ordre logique, tout en respectant l'ordre habituel théoriquement et méthodologiquement conseillé dans l'étude du comportement planifié. Ceci, afin d'éviter chez l'enquêté un effet de structuration de la pensée d'un item à l'autre.

#### **4.6.3.4- Le questionnaire administré au « Temps 2 »**

Le questionnaire que nous avons administré au « temps 2 » est constitué de manière quasi-exclusive de questions fermées et de quelques rares questions ouvertes. Nous avons voulu dans un premier temps pousser la standardisation plus loin, et uniformiser également les réponses en demandant à chaque participant de choisir la sienne entre les deux réponses (vraie, fausse) établies à l'avance. Dans un second temps, laisser le soin aux participants de donner librement leur réponse - sur la même question. Cette opération permet non seulement de contrôler la véracité des réponses des participants mais aussi et surtout d'avoir une vision plus large sur les potentielles réponses à la question.

L'avantage le plus significatif des questions fermées est qu'elles rendent facile l'analyse des résultats. En outre, elles évitent au chercheur de faire face à des réponses qui peuvent s'avérer difficiles à interpréter ou qui paraissent à la lecture totalement non pertinentes par rapport à la question posée (Jakobi, 1993). Une question ouverte soulève, à première vue, moins de difficultés (Ghiglione et Matalon, 2004), dans la mesure où on la pose simplement, et on enregistre textuellement la réponse. Il faut aussi rappeler qu'un questionnaire entièrement fermé, surtout s'il est long, devient vite fastidieux. Certains participants peuvent aussi s'irriter de voir qu'on ne les laisse pas s'exprimer librement, à leur manière, et avoir l'impression qu'on les manipule en leur imposant de rester dans un cadre qu'ils jugent inadéquat. Introduire quelques questions ouvertes donnera au participant l'impression, justifiée ou non, qu'on l'écoute vraiment. C'est la raison pour laquelle notre questionnaire est constitué des questions fermées et ouvertes portant toutes sur la même problématique.

Les questions posées aux participants dans ce questionnaire sont réparties en deux rubriques. La première est relative au profil de l'enquêté (sexe, tranche d'âge, établissement, type d'établissement, classe, numéro d'ordre alphabétique, et le statut sexuel). La seconde s'intéresse à la causalité variables intermédiaires et actes sexuels. Elle porte sur la transformation des variables intermédiaires en variables principales. Ce questionnaire comporte des échelles d'évaluation du comportement sexuel antérieur ; dix-neuf questions fermées et trois questions ouvertes. Le tableau de congruence ci-dessous nous apporte un peu plus de précisions.

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

<b>Facteurs</b>	<b>Variables intermédiaires</b>	<b>indicateurs</b>	<b>Questions</b>
<b>Le sujet</b>	La force de l'habitude	- Le caractère obligatoire de l'action	3.6.1
		- L'incapacité à résister au partenaire	3.6.2
	La force de l'affectivité	- Emotion puissante	3.7.1
		-Inclinaison très vive	3.7.2
<b>L'objet</b>	L'inertie cognitive	-explicite	3.5.1
		-implicite	3.5.2
	Les antécédents	-expérience du préservatif	3.9.1
		-passé de l'acte sexuel	3.9.2
<b>L'interaction</b>	La pression psychosociale	-force exercée	3.1.1
		-contrainte subie	3.1.2
	La négociation	-Consensus	3.3.1
		-Discussion	3.3.2

**Tableau 8 . De congruence du questionnaire administré au « Temps 2 »**

Facteurs	Variables intermédiaires	indicateurs	Questions
L'action	Les antécédents	-expérience de l'acte	3.9.1
		-passé de l'acte	3.9.2
	Le but	-visée émotionnelle	3.4.1
		-dessein sentimental	3.4.2
L'environnement	Le contexte	-pacifique	3.2.1
		-conflictuel	3.2.2
	Les circonstances	-moment	3.8.1
		-l'occasion particulière	3.8.2

**Tableau 8 . De congruence du questionnaire administré au « Temps 2 »**

Le lecteur pourra consulter ce questionnaire de même que le premier en annexe, s'il le désire. Pour nous assurer que notre instrument de collecte des données était à même de répondre aux exigences des objectifs que nous voulions atteindre (Ghiglione et Matalon, 2004), nous avons procédé à sa validation.

#### 4.6.3.5- La validité du questionnaire administré au « Temps 2 »

La première vérification a été faite le mercredi 18 avril 2007 aux élèves de la classe de *Terminale D 2* du lycée de Biyem-assi. Pendant cette administration, nous avons relevé quelques légères difficultés liées à la formulation de certaines questions qui dévoilaient certaines expériences que les participants ne voulaient pas relater. Nous avons, à cet effet, modifié leur degré de sensibilité. Nous avons aussi relevé que, pendant cette période, les salles de classe des terminales ne comportaient plus leur effectif habituel. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle dans certains lycées et collèges, nous avons administré notre

instrument pendant ou immédiatement après les examens de fin d'année (Baccalauréat blanc).

Les résultats obtenus à l'issue de cette première vérification nous ont amené à réaménager les questions qui posaient des problèmes de compréhension et à éliminer certains concepts. Après cet exercice, nous avons procédé à une seconde vérification, cette fois-ci à des élèves de *Terminale A 4 Espagnol* du même établissement.

Cette nouvelle vérification nous a permis de constater que les problèmes relatifs à la compréhension des questions ont été pour la plupart résolus. Nous avons dès lors réaménagé notre instrument à l'issue de cette seconde vérification pour aboutir à l'instrument définitif.

#### **4.7- Présentation du site de la recherche : Yaoundé**

---

Fondée par l'Allemagne et structurée par la France, Yaoundé est le produit de deux administrations successives : allemande (1889-1916) et française (1916-1959). La ville est bâtie en zone forestière, à 760m d'altitude et à 200 kilomètres de la côte, sur le prolongement sud-ouest du grand plateau camerounais, entre 3°52' de latitude Nord et 11°31' de longitude Est. Disséqué, raviné et découpé en collines aux versants convexes (Franqueville, 1970), le site est construit sur un certain nombre de mouvements de terrains séparés par les vallées relativement larges, profondes et marécageuses, creusés par les collecteurs des eaux de ruissellement que sont le *Mfoundi* et ses nombreux affluents.

Appelée *zonu station* (poste d'Esono) puis, *Yaoundé station* par les Allemands, *ongola ewondo* par les autochtones et Yaoundé par les Français, la ville bâtie au fond d'une cuvette, a été fondée par deux explorateurs allemands, Kund et Tappenbeck, grâce à l'hospitalité légendaire du chef de famille *Mvog Ada*, Esono Ela. Ce premier poste militaire allemand dans l'Hinterland camerounais occupait alors une position hautement stratégique et servait de base opérationnelle pour la pénétration dans le reste du pays.

La ville, en forme d'une étoile de mer, s'étire par monts et par vaux, de façon éparpillée, sur une superficie totale de 309,51km<sup>2</sup> et pour une population avoisinant les 2.000.000 d'habitants (chiffre obtenu sur projection démographique calculée à partir de 9%, taux moyen global de croissance de la population entre 1957 (58.099 habitants) et 1987 (703.588 habitants). En supposant que ce taux a été maintenu jusqu'en l'an 2000, Yaoundé devrait donc avoir une population égale ou supérieure à 2.600.000 habitants). Elle présente une structure morphologique à triple visage nettement différencié : le centre urbain, les quartiers périphériques et la zone rurale.

Le centre urbain est bipolaire. Il inclut les deux composantes majeures que sont le centre commercial, dont le marché constitue le noyau, et le centre administratif. Ces deux pôles sont séparés l'un de l'autre par la vallée du ruisseau *Ekozoa*. Étalaé sur une butte, le quartier administratif est la partie la plus moderne de la ville. Il est dominé essentiellement par l'ensemble imposant des bâtiments publics abritant les organes de direction politique et administrative du pays.

La périphérie urbaine est constituée d'une couronne de quartiers résidentiels marqués par un important conglomérat de la population autour du centre urbain. Chaque quartier est installé sur une crête et séparé par une combe. A Yaoundé, ces différentes agglutinations de la population offrent un visage bien curieux et fort contrasté : des bâtiments ultra-modernes côtoient un fouillis de baraques. La typologie des quartiers permet de sérier trois



formes de regroupements : les quartiers chics ou *snob* (Bastos, Fuda, Nguso, Lac, etc.) caractérisés par des villas bien cossues : les camps et les cités (Mendong, Biyem-asi, Grand-mesa, Cité-Verte, Tsinga, Essos, Mimboman, Mesa-carrière, etc.) sont généralement bien structurés, quadrillés par un réseau routier rectiligne et bénéficient d'une organisation rationnelle de l'espace (Essonon, 2004). Enfin, les quartiers dits spontanés ou bidonvilles (Briqueterie, Mokolo, Mvog-Mbi, Melen, etc.) sont significatifs par une densification élevée de la population, l'entassement et l'obsolescence du bâti, l'inexistence des ruelles et de la voirie urbaine. Ces zones populaires sont bruyantes et vivent 24 heures sur 24 dans une ambiance électrisée (Essonon, 2004). C'est le royaume du petit commerce, le fief des salles de jeux, des boîtes de nuit, des cafés, snack-bar et de buvettes où l'on consomme du poisson rissolé, de la viande braisée et bien pimentée appelée *soya* et où coulent à gogo de la bière, du vin et de *l'africa gin* dénommé *odontol*.

La zone rurale, peuplée majoritairement d'autochtones, englobe la plupart des quartiers des villages inclus dans le périmètre urbain : *Febe, Odza, Obobogo, Mvog Belinga, Nkolbison, Emana, Ebô, Nsam, Efulan*, etc. Ici, les cases en « poto-poto » sont alignées le long de la route principale. La banlieue caractérisée par un paysage à habitat traditionnel campagnard est en voie d'urbanisation.

Capitale politique du Cameroun, Yaoundé est la ville des officiels. Elle abrite l'Assemblée Nationale, les ministères, les ambassades et les différents Organismes internationaux : ONU, OMS, PNUD, OUA, CEE, BAD, etc. Cité intellectuelle, Yaoundé dispose de centaines d'écoles maternelles et primaires, d'une cinquantaine de lycées et collèges et de deux grandes universités (Yaoundé I et II), auxquelles il faut ajouter une Faculté de Médecine, une Faculté de Théologie Protestante, un Institut Universitaire Catholique et quinze grandes écoles.

En contrepoint de sa fonction politico-administrative prédominante et qui fait sa raison d'être, Yaoundé se caractérise comme la principale ville universitaire et scolaire du Cameroun, dont le rayonnement s'exerce même au-delà des frontières nationales. La capitale politique du Cameroun demeure, par excellence, la ville où l'on vient s'instruire et celle où l'on rêve de venir s'instruire (Franqueville, 1970). Ecoliers, élèves et étudiants forment à Yaoundé 34% de la population totale et 40% si l'on ne tient compte que de la population de plus de 4 ans (Franqueville, 1970). Yaoundé joue un rôle de capitale scolaire pour le Cameroun. Ses nombreux établissements d'enseignement attirent une importante immigration d'élèves qui contribuent fortement à la croissance démographique de la ville. Yaoundé est aussi la région du pays où le taux de scolarisation est le plus élevé.

Sur le plan de la santé publique, l'infrastructure médicale et sanitaire compte cent trente-six dispensaires et centres de santé, dix-sept cliniques, trente-six cabinets médicaux, quatre-vingt-neuf pharmacies, quatorze hôpitaux dont cinq de haut standing (l'Hôpital Général, l'Hôpital Central, le Centre Hospitalier Universitaire, l'Hôpital de la Caisse et de la Prévoyance Sociale, l'Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Nguso) et trois hôpitaux confessionnels (Ad Lucem, Djoungolo, Baptist Hospital). Par ses établissements, Yaoundé est, au Cameroun, la ville la mieux dotée en matière sanitaire.

Le secteur commercial animé bien par les hommes d'affaires camerounais que par les expatriés (Libanais, Indo-pakistanaï, Chinois, etc.) est focalisé dans le Centre-ville. Des grandes surfaces comme *Score (Casino), Tigre, Niki, Nziko, Brico*, etc. ont remplacé progressivement les grandes firmes coloniales et offrent une gamme variée de produits manufacturés. Il existe d'autres équipements marchands à Mokolo, Mfundu, Mvog-Mbi et Marché Central. L'activité bancaire (une dizaine de banques agréées) et hôtelière (cent

soixante-deux hôtels dont cinquante-six de haut de gamme) est aussi florissante (Essono, 2004).

Yaoundé, terre de mission par excellence, abrite un grand nombre de temples, d'Eglises et de mosquées, à travers l'espace urbain. Nous pouvons citer, entre autres, la Cathédrale *Notre-Dame-des-Victoires* de Mvog-Ada, le *Sanctuaire Marial* de Mvolyé, La *Grande Mosquée du Mont de la Pitié* à Tsinga, le Temple de l'Eglise Presbytérienne de Djoungolo, la Chapelle *Marie-Gocker* de Mvog-Ada, la Cathédrale grecque orthodoxe de Bastos.

Par ailleurs, Yaoundé est au centre d'une intense activité nationale et internationale. Située sur la trajectoire du chemin de fer transcamerounais, la ville est également dotée d'un aéroport international moderne et d'un important réseau des voies de communication reliant la capitale aux différents chefs-lieux des provinces (Douala, Bafoussam, Ebolowa, etc.) et celles des pays voisins enclavés (Bangui et Ndjamena). Enfin, par sa population et son poids économique, Yaoundé est, après Douala, la deuxième ville du pays.

La connaissance du site de la recherche dans toute investigation scientifique est un atout pour le chercheur. Elle facilite le contrôle et la saisie des influences du milieu sur les conduites des participants et de mieux comprendre les différentes forces qui agissent sur eux ainsi que les changements et les résistances qu'elles suscitent. Dans les recherches relatives à la sexualité, la connaissance du milieu est indispensable. Car, toutes les forces du milieu influencent la perception de la sexualité, la formation des conduites sexuelles, l'élaboration des attitudes et des intentions vis-à-vis du sexe, de l'acte sexuel et de la prévention aux MST.

Pour mieux aborder la problématique de la prévention au VIH/Sida en Afrique en général, et à Yaoundé en particulier, il faut tenir compte du fait que la sexualité est longtemps demeurée un sujet « tabou ». Et que, de nos jours, les adolescents avant la maturité sexuelle sont sexuellement armés d'expériences précoces et d'informations leur permettant de savoir ce qu'il faut faire pour parvenir à la satisfaction sexuelle. Les progrès scientifiques et technologiques, la civilisation et la mondialisation ont favorisé la levée du tabou sur la sexualité tout en la libéralisant, la banalisant et en la démystifiant.

Yaoundé est l'une des villes africaines durement touchée par le VIH/Sida (8,3%). Cette prolifération du virus de l'immunodéficience humaine, responsable du syndrome d'immunodéficience acquise influe de manière significative sur la promotion de l'éducation au Cameroun. L'éducation souffre de la propagation du Sida aussi bien dans ses aspects formels, informels et non formels. Les adolescents camerounais de 14 à 25 ans constituent la tranche de la population la plus touchée par le VIH/Sida, avec une séroprévalence de plus de 11%. Ils adoptent des comportements irresponsables, et la baisse du niveau est généralisée suite au fait que ces jeunes souffrent aussi bien dans leurs corps que dans leur esprit (Abega, 1994). Ces adolescents sont sans emploi (7,43%), travailleurs (15,35%), élèves (48,51%) et aussi étudiants (27,72%) (Noumbissie, 2004). En réalité, la majorité de la population de 14-25 ans au Cameroun sont des élèves (DGSN, 1995) qui pour la plupart sont en classe de terminale.

#### **4.8- La population, l'échantillonnage et l'échantillon de base**

---

Le choix de la population à étudier et l'identification de l'échantillon des participants sur lesquels portera l'observation sont déterminants dans la qualité d'une étude (Eymard, 2003). Toute recherche porte précisément sur une population donnée. C'est la raison pour laquelle,

une enquête a toujours pour but d'obtenir de l'information sur une population spécifique, précise.

#### **4.8.1- La population**

La population totale, encore appelée théorique ou parente, est constituée de l'ensemble des personnes dont l'enquête ou la recherche prétend rendre compte. Le choix de la population d'une étude est imposé par la nature de l'information à recueillir. Les membres de ladite population doivent être à même d'apporter des réponses pertinentes et objectives aux questions du chercheur. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir (Champagne et *al.*, 1994).

La population à laquelle nous nous intéressons est celle des adolescents âgés de 14 à 25 ans de la ville de Yaoundé. Il serait, toutefois, important de préciser que la délimitation de l'adolescence ne fait pas l'unanimité. Elle varie selon les contextes. Stanley (1905) ; Leif et Delay (1968) ; Haim (1969) situent, pour leur part, la limite supérieure de l'adolescence à 25ans. C'est un point de vue que ne partage pas Hampaté Bâ (1972), qui, pour l'enfant africain, limite cette période transitoire de la vie entre 14 et 21 ans. Mouniron (1998), après une enquête sur les abus dont sont victimes les enfants de quelques pays d'Afrique noire francophone, revient sur la limite supérieure de l'adolescence à 25 ans. C'est cette dernière délimitation que nous avons considérée dans le cadre de notre étude. Les adolescents constituent la couche sociale la plus nombreuse de la population totale de la ville de Yaoundé.

Les adolescents auxquels nous nous sommes précisément intéressé dans cette recherche sont en principe célibataires, élèves des classes terminales, régulièrement inscrits dans un lycée, collège ou institut officiellement reconnu, exerçant en cours du jour (ceux du cours du soir bien que potentiels participants n'ont pas rempli nos questionnaires, au vu de la difficulté d'accessibilité et des conditions temporelles dans lesquelles ils fréquentent), manifestant une activité sexuelle fréquente et régulière. Il nous a été difficile d'administrer le questionnaire exclusivement aux adolescents-élèves des classes terminales sexuellement actifs, dans la mesure où nous ne disposons pas d'éléments pouvant nous aider à établir visiblement le profil d'un adolescent sexuellement actif, ou d'identifier dans une salle de classe les adolescents sexuellement non actifs des adolescents sexuellement actifs. Nous n'avons pas voulu stigmatiser une certaine catégorie. C'est pourquoi le simple fait d'être inscrit en classe de terminale, d'être présent lors de l'administration du questionnaire, d'être célibataire, d'avoir entre 14 et 25 ans, d'exprimer la volonté de participer, d'être disponible, faisait de l'intéressé un participant (membre de la population). Notre population est donc constituée de l'ensemble des adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé présentant ces caractéristiques.

#### **4.8.2- La technique d'échantillonnage : plan d'échantillonnage aléatoire simple stratifié.**

En pratique, on ne considère que très rarement l'ensemble des participants qui composent une population. Administrer le questionnaire à tous les membres d'une population serait une situation idéale en termes d'informations. Mais cela présente souvent des contraintes, notamment de coût et de temps. L'usage est donc de ne considérer qu'une partie des membres appartenant à cette population. Ce sous-ensemble est appelé *échantillon*. L'échantillonnage est le processus qui permet d'extraire ce sous-ensemble. Il permet au chercheur d'estimer des caractéristiques d'une population en observant directement une partie de l'ensemble de la population.

Il existe généralement deux catégories de techniques d'échantillonnage : l'échantillonnage non-probabiliste et l'échantillonnage probabiliste. La différence entre ces deux catégories tient à une hypothèse de base au sujet de la nature de la population étudiée. Dans le cas de l'échantillonnage probabiliste, chaque unité a une chance d'être sélectionnée. Dans le cas de l'échantillonnage non-probabiliste, on suppose que la distribution des caractéristiques à l'intérieur de la population est égale. C'est ce qui fait que le chercheur croit que n'importe quel échantillon serait représentatif et que les résultats, par conséquent, seront exacts.

Pour notre étude, il est possible que les deux catégories nous apportent des résultats identiques, dans la mesure où les études sur le port du préservatif, face au VIH/Sida, montrent que l'utilisation du préservatif n'est pas influencée par des variables telles que le sexe, la tranche d'âge, le milieu physique, le niveau d'étude, le type d'établissement, le type d'enseignement etc. De même, la proximité à un établissement scolaire n'entraîne pas automatiquement sa fréquentation. C'est ce qui justifie l'étonnante mobilité des élèves dans la ville de Yaoundé en période de cours. Dans les établissements de la ville de Yaoundé, on rencontre des élèves provenant des horizons divers (des différents arrondissements). En choisissant un seul arrondissement, il était possible que ce dernier soit représentatif.

Toutefois, pour l'échantillonnage probabiliste, la randomisation est une caractéristique du processus de sélection, plutôt qu'une hypothèse au sujet de la structure de la population. De même l'échantillonnage probabiliste entraîne la sélection d'un échantillon à partir d'une population, sélection qui repose exclusivement sur le hasard (aléatoire) ou la chance ; ce qui n'est pas le cas dans l'échantillonnage non-probabiliste. Nous avons voulu que tous les adolescents-élèves célibataires, régulièrement inscrits en classes de terminale pour l'année scolaire 2006/2007 de la ville de Yaoundé, indépendamment de leurs différences (races, tribus, religions, aptitudes scolaires, pays de nationalité, sexe, types d'établissements et d'enseignement, etc.) aient une chance d'être choisis. Pour que l'étude non seulement soit représentative mais aussi ne souffre d'aucun jugement discriminatif. C'est pourquoi nous avons opté pour un échantillonnage aléatoire simple stratifié.

Cette technique d'échantillonnage consiste à constituer un échantillon en prenant les proportions d'individus différents suivant des catégories de participants que le chercheur choisit. Les catégories en question sont les strates. La population à étudier est divisée en strates. Ces strates sont construites en fonction de leur pertinence quant à l'étude et regroupent les participants sur une caractéristique commune. Chaque strate constitue un sous-ensemble dans lequel le chercheur prélève un échantillon représentatif. L'échantillon total n'est plus représentatif mais chacun des sous-échantillons des différentes strates l'est. La légitimité de la stratification est liée au fait que la dispersion de la caractéristique étudiée est moins grande que dans la population totale. En d'autres termes, la population de la strate est plus homogène sur le caractère retenu que la population totale.

Nous avons divisé l'ensemble des individus remplissant les caractéristiques de notre étude en groupes homogènes (appelés strates), qui sont mutuellement exclusifs, puis nous avons sélectionné à partir de chaque strate des échantillons indépendants. Pour sélectionner l'échantillon à l'intérieur de chaque strate, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage aléatoire simple. Ici, chaque membre d'une population a une chance égale d'être inclus à l'intérieur de l'échantillon. Chaque combinaison de membres de la population a aussi une chance égale de composer l'échantillon. Nous avons stratifié avant l'échantillonnage notre population au moyen des variables dont nous disposons pour la totalité des unités incluses dans la base de sondage (la carte scolaire du département du Mfoundi (2006/2007) et les statistiques sur la répartition socio-démographique des

élèves-adolescents des classes terminales de la ville de Yaoundé) comme le sexe, le type d'établissement (public, privé laïc, privé confessionnel), le type d'enseignement (général : littéraire, scientifique ; technique : commercial, industriel, mécanique, etc ; mixte). Le tableau ci-dessous nous présente de manière synthétique le résultat obtenu.

Caractéristiques stratifiées	Arrondissements	Type d'établissement	Type d'enseignement	Classes
<b>Etablissements</b>				
Lycée Bilingue d'Etoug-Ebe	Yaoundé 6	Public	Général	USA et USS
Lycée de Biyem-assi				T <sup>le</sup> D
Lycée Général Lerclerc	Yaoundé 3			T <sup>le</sup> A
Lycée de Mendong	Yaoundé 6			T <sup>le</sup> D
Lycée de Nkolndongo	Yaoundé 4			T <sup>le</sup> A
Lycée Technique de Nkolbisson	Yaoundé 2		Technique	T <sup>les</sup> F <sub>2</sub> , F <sub>3</sub> , F <sub>4</sub> et F <sub>5</sub>
Collège Adventiste	Yaoundé 1	Privé confessionnel	Général	T <sup>les</sup> A et C
Collège Monseigneur François Xavier Mvogt	Yaoundé 3			T <sup>les</sup> D et C
Collège Ebanda	Yaoundé 6	Privé laïc	Général	T <sup>les</sup> A et D
Collège Montesquieu	Yaoundé 5			T <sup>les</sup> A et D
Institut Samba			Yaoundé 4	Mixte
Institut Siantou	T <sup>les</sup> G <sub>2</sub> et G <sub>3</sub>			

**Tableau 9.** Synthétique des différentes caractéristiques stratifiées de l'échantillon de l'étude.

L'impression générale qui se dégage de ce tableau est que les six arrondissements que compte la ville de Yaoundé sont représentés. Les trois types d'établissements et les trois types d'enseignement de même que les différents types de classes régulièrement identifiées dans le système éducatif secondaire au Cameroun y sont également représentés. Ces différentes caractéristiques ont d'une manière ou d'une autre influencé la sélection de notre échantillon d'étude.

#### 4.8.3- L'échantillon

La détermination de la taille de l'échantillon à constituer est un problème crucial. Le nombre de personnes interrogées doit satisfaire à deux contraintes : être assez précis dans l'estimation de la population parente, si c'est à celle-ci qu'on s'intéresse ; être capable de donner des informations fiables en tenant compte des caractéristiques auxquelles on s'intéresse. D'une manière générale, l'échantillon doit être assez grand pour que les résultats soient suffisamment précis. Le problème majeur, auquel nous avons été confronté dans les délimitations de la taille de note échantillon, a été l'inexistence de statistiques nationales et même régionales relatives au nombre des adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé, au nombre (effectif) des élèves dans chaque classe retenue pour l'enquête. Une autre difficulté rencontrée était l'inexistence des statistiques relatives au port du préservatif chez les enquêtés. Nous nous sommes limité, au vu de la taille de notre population très élevée et au vu du fait que les questionnaires des personnes sexuellement non actives seront éliminés, à 1200 participants. Les personnes qui constituent cet échantillon répondent aux caractéristiques de notre population parente et non aux caractéristiques personnelles, dans la mesure où nous avons inféré statistiquement à notre population cible un caractère homogène en ce qui concerne le choix de l'échantillon. Ceci signifie en d'autres termes que nous ne tenons pas compte au moment du tirage des caractéristiques personnelles des participants. Tout adolescent-élève qui se trouve dans la salle de classe retenue au moment de l'enquête et qui répond aux conditions d'âge et matrimoniale peut être interrogé sans aucune considération.

#### **4.8.4- l'enquête définitive et ses difficultés**

L'instrument étant revu et corrigé après le pré-test, l'échantillon sélectionné de la population parente, il ne restait plus qu'à procéder à l'administration définitive du questionnaire. Cette phase de recherche n'a pas été sans grandes difficultés.

##### **4.8.4.1- L'administration du questionnaire**

L'administration du questionnaire, comme l'affirment Ghiglione et Matalon (2004), peut se dérouler, soit au domicile du participant, soit dans les lieux publics. Dans cette recherche, nous avons penché pour la seconde option. Nous nous sommes intéressé aux adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé rencontrés respectivement dans leurs salles de classes, en plein cours, pendant la pause, pendant les heures de permanence. Ce choix ne s'est pas fait au hasard. Notre problématique porte sur les comportements intentionnels (comportement ultérieur) et sur la réalisation ou la non réalisation de ces comportements. Sur les plans théorique et méthodologique, il était difficile de mettre en évidence l'action des variables intermédiaires pendant la première phase de l'enquête. Il fallait automatiquement une seconde phase pour contrôler l'effet des variables intermédiaires sur les intentions annoncées. En rencontrant les adolescents dans les rues, à l'Eglise, dans les salles de cinéma, aux stades, dans leurs lieux de services, il n'aurait pas été très facile de rencontrer les mêmes participants trois mois après. En les rencontrant dans les salles de classe, la probabilité de les avoir trois mois après est très élevée. C'est pourquoi, nous avons opté rencontrer nos participants dans leurs établissements respectifs, et précisément, dans leurs salles de classe en plein cours. Cette option garantissait également l'objectivité de l'identification de nos participants. Pendant les deux phases de l'enquête, nous avons administré nos questionnaires aux adolescents-élèves présents lors de l'administration. Ceux qui étaient sortis, absents, exclus de la salle par l'enseignant présent pour quelques raisons que ce soit, s'ils ne rentraient pas avant la fin de la passation du questionnaire, n'avait aucune chance de le remplir.

Avant d'aller dans les salles, nous adressions une demande d'administration du questionnaire au responsable (principal ou proviseur) de l'établissement deux semaines avant le jour fixé pour l'enquête dans le dit établissement. Nous y joignons évidemment un exemplaire du questionnaire. Ce n'est qu'après l'accord du responsable que ce dernier généralement nous confiait à un censeur, un surveillant général, un conseiller d'orientation, un chef de discipline ou un surveillant de secteur. C'est avec le concours de cette personne, désignée à cet effet par le responsable de l'établissement, que nous tirions au hasard la ou les salles de classe devant abriter l'administration du questionnaire. Après le tirage au sort, il fallait contrôler l'emploi du temps pour voir le jour de convenance (jour où les programmes ne sont pas trop surchargés et fatiguant pour les élèves). Le jour venu, nous nous rendions en salle, en compagnie de la personne désignée, qui nous présentait aux élèves comme doctorant sollicitant leur aide par le simple fait de remplir le questionnaire que nous allions leur distribuer. Les participants avaient entre 15 et 20 minutes pour remplir, même si certains allaient au-delà ou bien remplissaient avant le temps qui leur était imparti.

Selon Nworgu (1991), il y a deux modes d'administration du questionnaire : l'administration directe et l'administration indirecte. Pour Quivy et Van Campenhout (1995, p.191), le questionnaire est dit d'« administration indirecte » lorsqu'un enquêteur le complète lui-même à partir des réponses qui lui sont fournies par le répondant. Il est dit d'« administration directe » lorsque le répondant le remplit lui-même. Le questionnaire lui est alors remis en main propre par un enquêteur chargé de fournir toutes les explications nécessaires. Ce deuxième mode d'administration a retenu notre attention scientifique. Cette manière de procéder offre l'avantage qu'elle permet de s'assurer que c'est le participant qui apporte effectivement les réponses aux questions et elle élimine l'écueil de la transcription (qui n'est pas toujours fidèle) par l'enquêteur des réponses de l'enquêté. Nous expliquions au préalable aux répondants l'objet et partiellement les objectifs de notre étude avant de leur remettre éventuellement le questionnaire lorsqu'ils marquaient leur accord pour participer à l'enquête. Même pendant que les répondants remplissaient les questionnaires, ils pouvaient nous solliciter pour des questions qu'ils ne comprenaient pas. Chaque fois, nous leur donnions et rappelions les instructions concernant la manière de remplir les questionnaires.

L'enquête s'est déroulée du 31 janvier 2007 au 15 février 2007 pour la première phase, et du 03 mai 2007 au 18 mai 2007 pour la deuxième. Le tableau ci-dessous nous présente clairement les différentes périodes de l'enquête.

Périodes Etablissements	Première phase	Deuxième phase
Lycée Bilingue d'Etoug-Ebe	Le mercredi 14 février 2007	Le vendredi 18 mai 2007
Lycée de Biyem-assi	Le vendredi 9 février 2007	Le jeudi 10 mai 2007
Lycée Général Leclerc	Le vendredi 2 février 2007	Le vendredi 4 mai 2007
Lycée de Mendong	Le jeudi 8 février 2007	Le vendredi 11 mai 2007
Lycée de Nkolndongo	Le mercredi 07 février 2007	Le lundi 07 mai 2007
Lycée Technique de Nkolbisson	Le mercredi 31 janvier 2007	Le jeudi 03 mai 2007
Collège Adventiste	Le lundi 05 février 2007	Le mardi 08 mai 2007
Collège Monseigneur François Xavier Mvogt	<i>Néant</i>	
Collège Ebanda	Le mardi 13 février 2007	Le mercredi 09 mai 2007
Collège Montesquieu	Le mercredi 14 février 2007	Le jeudi 17 mai 2007
Institut Samba	Le jeudi 15 février 2007	Le mercredi 16 mai 2007
Institut Siantou	Le mardi 06 février 2007	Le lundi 14 mai 2007

**Tableau 10 . Répartition des différentes périodes de l'enquête**

#### **4.8.4.2- Les difficultés rencontrées pendant l'enquête**

Malgré les dispositions qui ont été prises pour contourner les obstacles de terrain, notre enquête ne s'est pas déroulée sans difficultés. La principale difficulté à laquelle nous avons été confronté a été la réticence de certains responsables d'établissements à nous donner leur approbation. Le refus par exemple du responsable (principal) du Collège Monseigneur François Xavier Vogt de coopérer, qui en nous interdisant l'accès aux élèves, a justifié son comportement par le fait qu'il trouvait que notre questionnaire était « sexiste », et pouvait susciter la pratique de la sexualité chez ces « jeunes-élèves ». Il trouvait également que notre questionnaire faisait l'éloge de l'acte sexuel.

A côté de la réticence de certains responsables d'établissements, il faut aussi ajouter celles des élèves. Certains élèves ont refusé de participer, d'autres remplissaient uniquement l'identification. En refusant de coopérer, ces derniers perturbaient leurs camarades concentrés qui répondaient aux questions. Ils jugeaient ceux-ci de *sexeurs*.



Il nous a été très difficile d'administrer un questionnaire comme le nôtre portant exclusivement sur la sexualité. Certains élèves, en dépit des efforts réalisés pour *moderniser* la sexualité, la considèrent toujours comme un sujet tabou, sacré, caché qui ne doit pas être débattu publiquement. C'est la raison pour laquelle les élèves qui voulaient bien participer étaient parfois obligés de couvrir (cacher) leurs questionnaires comme pendant les examens, ceci, de peur que leur voisin (camarade) soit au courant de leur vie sexuelle. Nous avons même pensé mettre les questionnaires dans l'enveloppe mais ceci n'aurait pas résolu le problème ; puisqu'il fallait négocier les infrastructures pour que les élèves soient pleinement à l'aise pendant l'administration.

Une autre difficulté rencontrée était la précarité des infrastructures. Il nous arrivait d'entrer dans des salles de classe où la circulation n'était pas aisée. Nous ne pouvions pas, par exemple, contrôler les réactions des élèves qui se trouvaient au fond de la classe. Pour avoir leurs questionnaires, il fallait solliciter l'aide de leurs camarades et ces derniers voulaient bien regarder la *question 1.8* « *Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?* ». Quelle que soit la réponse, ils éclataient de rire, ce qui pouvait perturber les élèves des autres salles de classe.

Une autre difficulté était la non participation de certains enseignants. En effet, les heures retenues pour l'administration du questionnaire étaient aussi sollicitées par certains enseignants pour leurs cours de rattrapage, des évaluations ou la correction des interrogations. Dans cette condition, les élèves de terminale préféraient être pris par leurs enseignants que par nous. Puisqu'ils accordaient la priorité à leur examen de fin d'année qui bien entendu les inquiétait.

En outre, nous avons noté l'irrégularité de la participation des élèves pendant les deux phases de l'enquête. En effet, lors de la deuxième phase, nous avons constaté l'absence majeure des élèves qui avaient participé à la première phase de l'enquête, et le refus catégorique de certains d'entre eux qui sont bien présents de participer pour le compte de la deuxième phase de notre enquête. Tandis que les élèves absents à la première phase se sont avérés beaucoup plus présents à la deuxième phase.

#### 4.9- Présentation du logiciel de traitement statistique retenu : SPSS.

---

SPSS (« *Statistical Package for the Social Sciences* ») est un logiciel utilisé pour l'analyse statistique. La première version de SPSS a été mise en vente en 1968 et fait partie des programmes les plus largement utilisés pour l'analyse statistique en sciences sociales. Il est utilisé par des chercheurs appartenant à diverses obédiences scientifiques (économie, science de la santé, éducation nationale, etc.). En plus de l'analyse statistique, la gestion des données (sélection de cas, reformatage de fichier, création de données dérivées) et la documentation des données sont deux autres caractéristiques de ce logiciel.

Les nombreuses caractéristiques de SPSS sont accessibles via les menus déroulants ou peuvent être programmées avec un langage en ligne de commande appelé 4GL (licence propriétaire). La programmation par lignes de commande a les avantages de la reproductibilité et de la manipulation et de l'analyse de données complexes. L'interface des menus déroulants génère également la syntaxe de commandes, bien que par défaut, elle soit invisible à l'utilisateur. Les programmes peuvent être lancés de manière interactive ou de façon non surveillée en utilisant le « *Production Job Facility* » fourni. Un langage de macro peut être utilisé pour écrire des routines et une extension pour le langage *Python* permet d'accéder aux informations dans les données ou dans le dictionnaire des données et de construire des programmes en syntaxe de lignes de commande de façon dynamique.

Cette extension de programmation *Python*, introduite dans la version 14 de ce logiciel, a remplacé les scripts *SAX Basic* moins fonctionnels pour la plupart des besoins, bien que *SAX Basic* reste disponible. Depuis la version 14, SPSS peut être piloté extérieurement en utilisant un programme en python ou en *VB.Net* ou en utilisant les « plug-ins » fournis.

SPSS impose des contraintes concernant la structure interne des fichiers, les types des données, le traitement des données et les fichiers de correspondance, ce qui en fin de compte simplifie considérablement la programmation. Les séries de données de SPSS ont une structure en tableaux à deux dimensions où les rangées représentent typiquement les cas et où les colonnes représentent les mesures. Il n'y a que deux types définis de données : nombres ou chaînes de caractères. Tous les traitements de données se déroulent de façon séquentielle, les cas à la suite les uns des autres dans l'ordre du fichier. Les fichiers peuvent être comparés un à un, un envers les autres, mais pas plusieurs d'un coup envers les autres. SPSS peut lire et écrire des données à partir des fichiers texte en caractères *ASCII* (incluant les fichiers hiérarchiques), d'autres paquetages statistiques, des feuilles de calcul et des bases de données.

Différentes versions de SPSS existent pour *Windows*, *Mac OSX* et *Unix*. La version pour *Windows* est mise à jour plus fréquemment et possède plus de caractéristiques que les versions pour les autres systèmes d'exploitation. La version 15.1 de SPSS mise sur le marché depuis 2007 tourne de façon native sur ordinateur *Macintosh* muni de processeur *Intel X86*.

Les fonctions statistiques incluses dans le logiciel de base SPSS sont :

- *statistique descriptive* : Gross tabulation, fréquences, etc ;
- *statistique bivariée* : moyennes, test T., ANOVA, corrélation (bivariée, partielle), tests non paramétriques ;
- prédiction pour numérique *outcomes* : régression linéaire ;
- *prédiction pour groupes identifiant* : analyse de facteurs, analyse de groupe, analyse discriminante.

Des modules peuvent également être ajoutés pour augmenter les possibilités du logiciel SPSS. Les modules disponibles sont :

- l'extension de programmabilité SPSS (« *SPSS Programmability Extension* », ajouté dans la version 14) qui permet la programmation en python pour contrôler SPSS ;
- la validation de données SPSS (« *SPSS Data Validation* » ajouté dans la version 14), qui permet la programmation du contrôle de la logique des données et le rapport des valeurs suspectes ;
- les modèles de régression SPSS (« *SPSS Regression Models* ») ;
- les modèles avancés SPSS (*SPSS Advanced Models*)
- le modèle des arbres de classification SPSS (« *SPSS Classification Trees* ») qui crée des arbres de classification et de décisions pour l'identification de groupes et la prévision de comportements ;
- les tableaux SPSS (« *SPSS Tables* »), qui permettent de contrôler la manière d'effectuer les exportations de données dans les rapports ;
- les tests exacts SPSS (« *SPSS exact Tests* ») qui permettent le test statistique sur des petits échantillons ;
- les catégories SPSS (« *SPSS Categories* ») ;
- l'analyse de valeur manquante SPSS (« *SPSS Missing Value Analysis* ») qui est une imputation simple à base de régression ;

le modèle des échantillons complexes SPSS (« *SPSS Complex Sampling* », ajouté dans la version 12) qui réalise des ajustements pour la stratification et le groupage et autres biais de choix d'échantillon. Notre choix s'est porté sur SPSS pour des raisons ci-dessus énumérées et également parce que SPSS est crédible dans le traitement des échelles d'attitudes. SPSS permet de tirer le plus d'informations possibles d'un ensemble de données. De même, SPSS aborde des sujets plus complexes, comme les dessins ANOVA, la corrélation et la régression, l'analyse discriminante, le facteur d'analyse, la régression logistique qui s'arriment aux grandes préoccupations de notre recherche. Il faut aussi mentionner que SPSS est le logiciel le plus indiqué pour le traitement des résultats des enquêtes réalisées en deux temps.

## 4.10- Techniques d'analyse des données

---

Le type de traitement des données comme le précise Eymard (2003, p.157) est en lien étroit avec la méthode de recherche et l'objectif poursuivi. Le traitement statistique de données s'appuie toujours sur la statistique descriptive et, suivant le type d'enquête, sur l'inférence statistique. Les données recueillies à l'issue de notre enquête ont été essentiellement analysées grâce aux outils de la statistique descriptive et de la statistique inférentielle. L'analyse descriptive a pour but de décrire l'intention vis-à-vis du port du préservatif en résumant ses caractéristiques quantitatives en quelques nombres (fréquences et pourcentages). L'inférence statistique quant à elle propose de déduire les caractéristiques de la population parente à partir de l'étude de l'échantillon, ainsi qu'à mettre en évidence le type de relation entretenue par les intentions, les variables intermédiaires et l'acte sexuel. Cette technique statistique nous a également permis de vérifier les hypothèses de recherche que nous avons formulées et qui établissent des liens entre les intentions et le port du préservatif d'une part, et les variables intermédiaires et le port du préservatif d'autre part. Nous avons selon les données utilisées simultanément l'analyse descriptive et l'inférence statistique et l'analyse du contenu.

### 4.10.3- L'inférence statistique : le test du khi-deux ( $\chi^2$ ).

Le test du  $\chi^2$  est un cas particulier de test statistique d'hypothèses créé en 1900 par Pearson. Il permet, partant d'une hypothèse et d'un risque supposé au départ, de rejeter l'hypothèse si la distance entre deux ensembles d'informations est jugée excessive. Il est particulièrement utilisé comme test d'adéquation d'une loi de probabilité à un échantillon d'observations supposées indépendantes et de même loi de probabilité. Il permet également de mesurer l'écart qui existe entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. Il permet aussi d'établir une liaison entre les caractères qualitatifs. La technique de contrôle de liaison entre deux variables qualitatives comporte deux étapes : l'établissement du tableau de contingence et son analyse statistique.

**Tableau de contingence** Il s'agit d'un tableau à double entrée qui est tel que, les totaux en lignes et les totaux en colonnes aient un sens. Ce tableau comporte autant de colonnes que la première variable a des modalités, et autant de lignes que la deuxième variable a des modalités. Les colonnes et les lignes délimitent des cases dans lesquelles on inscrit les effectifs des participants vérifiant simultanément les modalités des deux variables. On complète le tableau en inscrivant les effectifs des différentes colonnes et lignes et le total général. L'effectif théorique de chaque case

s'obtient en multipliant le total de la ligne par le total de la colonne puis en le divisant par l'effectif général.

- **la correction de Yates**

Il s'agit d'une formule proposée pour corriger les fréquences théoriques inférieures à cinq afin d'obtenir un résultat fiable du  $\chi^2_{iu}$ .

- **le coefficient de contingence**

C'est un coefficient qui sert à montrer si le lien qui existe entre deux variables est significatif. On l'obtient en trouvant la racine du rapport de  $\chi^2_{ca}$  sur la somme de ce même  $\chi^2_{ca}$  et l'effectif général. On considère que le coefficient de contingence compris entre 0,5 et 1 est significatif.

- **application pratique**

Soit un tableau de contingence d'effectifs observés avec deux variables qualitatives (X et Y).

Tableau d'effectifs observés ( $f_o$ )

	<b>X<sub>a</sub></b>	<b>X<sub>b</sub></b>	
<b>Y<sub>a</sub></b>	a	b	L <sub>1</sub>
<b>Y<sub>b</sub></b>	c	d	L <sub>2</sub>
	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	N

L<sub>1</sub> est la somme des effectifs marginaux pour la première ligne,

L<sub>2</sub> est la somme des effectifs marginaux pour la deuxième ligne,

C<sub>1</sub> est la somme des effectifs marginaux pour la première colonne,

C<sub>2</sub> est la somme des effectifs marginaux pour la deuxième colonne,

N correspond à l'ensemble des effectifs de l'enquête.

Les symboles (a, b, c, d), symboles ayant leurs homologues correspondants (a', b', c', d') dans le tableau des effectifs théoriques sont des valeurs (observées ou théoriques).

Calcul des valeurs théoriques de chaque case (a', b', c', d') :

$$a' = \frac{C_1 \times L_1}{N} \quad b' = \frac{C_2 \times L_1}{N} \quad c' = \frac{C_1 \times L_2}{N} \quad d' = \frac{C_2 \times L_2}{N}$$

· Tableau d'effectifs théoriques ( $f_e$ )

	$X_a$	$X_b$	
$Y_a$	$a'$	$b'$	$L_1$
$Y_b$	$c'$	$d'$	$L_2$
	$C_1$	$C_2$	$N$

On notera le fait que les valeurs marginales ( $L_1$ ,  $L_2$ ,  $C_1$  et  $C_2$ ) sont identiques pour les deux tableaux (observés et théoriques).

Formule du  $\chi^2$

le Khi-deux ( $\chi^2$ ) calculé, on calcule le degré de liberté (ddl)

$$ddl = (C-1)(L-1)$$

où C = nombre de lignes et L = nombre de colonnes.

coefficient de contingence

$$C = \sqrt{\frac{\chi_{ca}^2}{N + \chi_{ca}^2}}$$

- **Règle de décision** : on lit sur la table du  $\chi^2$  la valeur correspondant au degré de liberté (ddl) au seuil de signification  $\alpha$  (en général 5% pour les sciences sociales) c'est-à-dire avec un risque de 5 chances sur 100 de se tromper. Cette valeur est appelée le khi-deux lu ( $\chi_{lu}^2$ ). Si le  $\chi_{ca}^2$  est supérieur au  $\chi_{lu}^2$ , nous pouvons conclure *qu'il existe une liaison statistiquement significative entre les deux variables.*

· Remarques importantes :

- on ne calcule jamais un  $\chi^2$  avec les pourcentages mais toujours avec des effectifs réels observés.

- Les effectifs influent directement sur la valeur du  $\chi^2$ . En effet, lorsque les effectifs doublent, la valeur du khi-deux double également.
- Un khi-deux non significatif ne signifie surtout pas que les deux variables sont indépendantes.
- Le khi-deux donne la probabilité pour que la distribution observée soit liée au hasard. Il n'indique pas directement la force de la liaison. La force de la liaison peut se mesurer par le calcul du coefficient de contingence. La probabilité n'est pas un indicateur de cette force.

#### **4.10.1- Les analyses descriptives : la moyenne, la variance et l'écart type**

Ces premières analyses nous permettent de décrire les résultats obtenus pour chacune des variables de la théorie du comportement planifié. A cet effet, nous présenterons les résultats descriptifs se rapportant aux différentes échelles de mesure. L'analyse portera sur la présentation des tableaux, un indice de tendance centrale (la moyenne) et deux indices de dispersion (la variance et l'écart type).

- la moyenne

Elle est le centre de gravité d'une distribution. Elle ne peut se calculer que sur une échelle numérique. Sa formule mathématique est :

$$M_x = \frac{\sum n_i x_i}{N}$$

- $X_i$  désigne la valeur de la classe  $i$  si le chercheur n'a pas effectué de regroupement, et la valeur centrale de la classe  $i$  si le chercheur a effectué un regroupement ;

- $n_i$  désigne l'effectif de la classe ;

**$-\sum$  désigne l'opération qui consiste à faire une somme.**

- la variance

Dans le cas d'un ensemble de valeurs, la variance est la somme des carrés des écarts à la moyenne divisée par le nombre de valeurs. Elle permet de calculer un indice de dispersion à partir des écarts des différentes valeurs observées par rapport à leur moyenne. Pour déterminer ce type de dispersion, on calcule la moyenne des carrés des écarts et cette quantité s'appelle la variance. Sa formule mathématique est :

$$V_x = \frac{\sum n_i (X_i - m)^2}{N}$$

- $(X_i - m)$  désigne l'écart à la moyenne

- l'écart type

Il est le plus significatif des indices de dispersion. Il se calcule à partir de la variance : c'est la racine carrée de la variance. Il est exprimé dans la même unité que celle de la modalité étudiée, ou des données. Il est désigné par le symbole  $\sigma$ . Comme pour la variance, la dispersion sera d'autant plus faible que l'écart type est plus petit. Sa formule mathématique est :

$$\sigma = \sqrt{V_x}$$

- $V_x$  désigne la variance.

#### 4.10.2- L'analyse de contenu : le contenu sémantique des catégories

L'analyse de contenu est utilisée pour traiter les données d'un entretien (non directif, semi-directif ou directif), les questions ouvertes d'un questionnaire, d'un document écrit ou oral (textes, journaux, télévision, etc.) ou encore les données obtenues par observation globale et narrative. Dans le cadre de notre étude, nous en faisons usage pour exclusivement analyser les trois dernières questions du questionnaire administré en temps 2 de l'enquête. Ces questions portent sur les différentes raisons qui justifient le comportement sexuel antérieur des participants. L'analyse de contenu nous permettra de lire le contenu réel de leurs déclarations et de lui attribuer du sens.

Le mot analyse « désigne d'abord une décomposition d'éléments de nature intellectuelle et abstraite, une critique, puis un procédé de raisonnement » (Rey, 1995, cité par Eymard (2003)). Le travail d'analyse de contenu consiste à réaliser un découpage en unités de sens à procéder à un inventaire, une catégorisation ; une codification. L'unité de sens peut être construite ou provenir d'un mot, d'une phrase, d'une causalité, d'une proposition. La grille d'analyse, quant à elle, doit être définie de manière précise de telle sorte que la marge d'interprétation de chaque codeur soit minimisée. Cela nécessite que les catégories soient suffisamment explicites pour que les codeurs puissent mener de façon identique l'analyse. L'analyse doit également être exhaustive, aucun élément de contenu ne sera laissé de côté. Nous distinguons plusieurs types de démarches pouvant être utilisées dans le cadre de notre recherche. Il s'agit des analyses fondées sur le comptage fréquentiel de formes, les analyses par catégories préconstruites, l'analyse par typologies des verbes, l'analyse par catégories sémantiques inférées du texte (analyse thématique), les analyses syntaxico-sémantiques, l'analyse de contenu comme pari pragmatique, etc. Notre choix s'est porté sur l'analyse par catégories sémantiques inférées du discours des participants.

Contrairement aux analyses fondées sur des catégories à priori, le contenu sémantique des catégories n'est pas connu d'avance. Il est issu d'une interprétation du discours des participants par l'analyste qui crée ses propres catégories. Le processus de création de ces catégories n'est pas systématisé, faisant appel tant à l'information présente dans le texte qu'aux connaissances du chercheur (analyste) concernant le domaine traité et son contexte. L'analyse de contenu thématique est le plus couramment pratiquée en psychologie sociale. Après une immersion prolongée dans le texte, le chercheur découpe les parties du texte ou du discours en blocs (mots, propositions, paragraphes, etc.), porteurs d'une même signification (thème). Les thèmes sont ensuite hiérarchisés en thèmes principaux et secondaires (sous-thèmes). L'analyse thématique établit un classement des thèmes et des relations entre différents thèmes. En veillant sur la cohérence, l'exclusivité

des catégories entre elles, l'exhaustivité des catégories, et en donnant une définition opérationnelle de chaque thème. Nous utiliserons également, en guise de complément, le comptage fréquentiel (les thèmes classés par fréquence). L'analyse thématique est un outil pragmatique. Son défaut majeur est de reposer d'emblée sur une activité interprétative qui selon Unrug (1974) consiste en un « décodage intuitif ».

## **Chapitre 5 : Présentation des résultats**

La tâche dans cette partie consistera à présenter les résultats des différentes investigations réalisées sur le terrain. Nous allons également ressortir toutes les analyses statistiques qui ont été effectuées dans le but de répondre à la question de recherche. Nous irons de la saisie des données à la présentation chiffrée et graphique de celles-ci. La présente partie est subdivisée en trois sous-parties. La première est consacrée aux résultats de la première phase de l'enquête ; la deuxième est consacrée aux résultats de la deuxième phase et la troisième aux résultats croisés des deux phases. La présentation des résultats se fera item par item selon leur apparition dans les différents questionnaires.

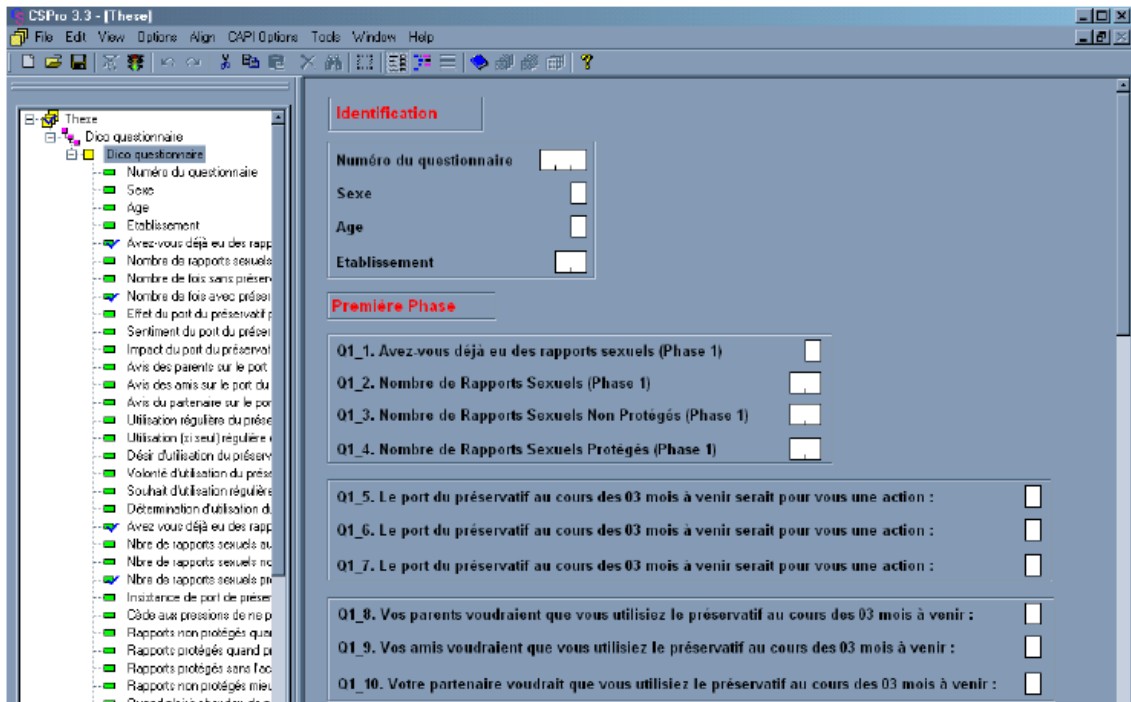
### **5.1- La saisie des données de l'enquête.**

---

Les données de l'enquête ont été saisies à l'aide du logiciel CSPro version 3.3. CPro (*Census and Survey Processing System*) est un logiciel de saisie des données de recensements et d'enquêtes. Il permet d'introduire les données dans l'ordinateur à travers une plateforme appelée masque de saisie. L'élaboration de cette plateforme nécessite d'abord de préciser, dans un dictionnaire de données, les caractéristiques (nom, label, type, longueur, occurrences, modalités, etc.) des variables de l'enquête. Nous avons ensuite élaboré la maquette de présentation du masque de saisie. CPro nous offre par ailleurs la possibilité d'écrire, dans un langage très proche du Turbo Pascal, des procédures de contrôle devant permettre aux agents de saisie de ne pas entrer des données erronées dans l'ordinateur ; nous ne nous sommes pas privé d'utiliser cette possibilité. Ces procédures de contrôle nous ont notamment permis de déceler les données incohérentes, d'éliminer les questionnaires mal renseignés, etc.

Après avoir combiné en un seul format le dictionnaire de données, la maquette de saisie des données, et les procédures de contrôle, on obtient un fichier Data Entry Application, tel que présenté à la figure 12.





**Figure 12.** Présentation (d'une portion) du masque de saisie.

Suivi de quelques paramétrages de routine, l'exécution de ce fichier génère le masque de saisie à travers lequel on va entrer les données dans la machine.

Une fois saisies, les données sont exportées de CSPro vers une plateforme d'analyse et traitement. Nous avons choisi de les exporter vers SPSS version 12, du fait du large éventail de méthodes d'analyse offertes par ce logiciel. Nous sommes ensuite passé à l'analyse des données proprement dite. Dans la perspective de répondre à la question de recherche, des analyses unidimensionnelles, croisées, et multidimensionnelles ont successivement été faites.

The screenshot shows a software window titled 'CSEntree - [ Apl File - These.ent - Data File - TheseSaisie ]'. The interface is divided into a file list on the left and a data entry form on the right. The form is currently displaying the 'Première Phase' section. The 'Identification' section includes fields for 'Numéro du questionnaire' (014), 'Sexe' (2), 'Age' (4), and 'Etablissement' (01). The 'Première Phase' section contains ten items, each with a numerical value in a small box to its right:

Item	Value
01_1. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels (Phase 1)	1
01_2. Nombre de Rapports Sexuels (Phase 1)	03
01_3. Nombre de Rapports Sexuels Non Protégés (Phase 1)	00
01_4. Nombre de Rapports Sexuels Protégés (Phase 1)	03
01_5. Le port du préservatif au cours des 03 mois à venir serait pour vous une action :	7
01_6. Le port du préservatif au cours des 03 mois à venir serait pour vous une action :	5
01_7. Le port du préservatif au cours des 03 mois à venir serait pour vous une action :	7
01_8. Vos parents voudraient que vous utilisiez le préservatif au cours des 03 mois à venir :	7
01_9. Vos amis voudraient que vous utilisiez le préservatif au cours des 03 mois à venir :	7
01_10. Votre partenaire voudrait que vous utilisiez le préservatif au cours des 03 mois à venir :	6

*Figure 13. Présentation du masque de saisie (pendant une phase de saisie des données).*

## **5.2-Présentation des résultats de la première phase**

---

Dans cette partie, nous présenterons, item par item, les principaux résultats obtenus après analyse des données de la première phase de l'enquête. Il est tout d'abord impératif de présenter les participants de qui nous tenons les résultats.

### **5.2.1- Identification des participants**

#### **5.2.1.1- Répartition de l'échantillon selon le type d'enseignement et d'établissement**

\* Echantillon supposé

Type d'enseignement / Type d'établissement	Général	Technique	Mixte	Total
Public	440	88	/	528
Privé Laïc	190	/	176	366
Privé confessionnel	90	/	/	90
<b>Total</b>	<b>720</b>	<b>88</b>	<b>176</b>	<b>984</b>

**Tableau 11.** Répartition de l'échantillon supposé selon le type d'enseignement et d'établissement

\* Echantillon retenu

Type d'enseignement / Type d'établissement	Général	Technique	Mixte	Total
Public	151	27	/	178
Privé Laïc	69	/	76	145
Privé confessionnel	19	/	/	19
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>27</b>	<b>76</b>	<b>342</b>

**Tableau 12.** Répartition de l'échantillon retenu selon le type d'enseignement et d'établissement.

L'échantillon retenu pour l'étude compte 342 participants (retenus après collecte des données et apurement statistique de celles-ci), choisis dans onze lycées et collèges de la ville de Yaoundé. Les tableaux ci-dessus montrent clairement qu'à la première phase de l'enquête, 984 participants avaient répondu aux questionnaires. Des 984 participants supposés, seulement 342 soit 37,76% ont été définitivement retenus pour l'analyse des résultats. Cette situation est due au fait que certains participants présumés ne répondaient pas aux exigences scientifiques de l'étude. Pour être définitivement retenu, il fallait avoir participé aux deux phases de l'enquête, avoir eu des rapports sexuels, être célibataire, avoir entre 14 et 25 ans et surtout avoir répondu objectivement aux questions posées.

A la deuxième phase de l'enquête, nous n'avons pu administrer les questionnaires qu'à 767 participants soit 77,9% de l'échantillon supposé. Nous avons constaté lors de l'administration des questionnaires pour le compte de la deuxième phase que plusieurs élèves étaient absents. Pour en savoir les causes, nous avons initié des entretiens et des *Focus Group Discussion* avec les élèves rencontrés sur la question de savoir : qu'est-ce qui justifie l'absence de leurs camarades. Les raisons suivantes ont été avancées :

- les cas des maladies ;
- les cas de décès (perte d'un proche ou même de l'élève) ;
- la mauvaise organisation des cours (certains enseignants avaient déjà fini leurs programmes) ;
- la programmation des compositions au mois d'avril ;
- les redoublants qui préfèrent préparer leurs examens à la maison ;
- certains élèves également qui préfèrent rester à la maison pour mieux se concentrer ;
- l'exigence de la pension dans certains établissements privés ;
- les révisions dans les cours de répétition ;

- les parents qui préfèrent inscrire leurs enfants dans les cours de répétition parfois organisés par les enseignants de ces élèves ou des universitaires ;
- le mois de Mai est pour certains le mois de préparation des examens, et un nombre important d'enseignants n'accordent pas du prix à la révision et préfèrent plutôt chercher à couvrir leurs programmes et les élèves ont constaté d'après leurs expériences qu'ils ne sont pas évalués à l'examen sur ces chapitres ;
- l'irrégularité des enseignants ;
- certains élèves sont frustrés par les corrections des épreuves des derniers examens de classes de même que de leurs notes, ils préfèrent se réfugier aux quartiers et être plus que jamais concentrés, etc.

Bien que certaines raisons n'engagent que les élèves, elles nous permettent de savoir pourquoi 22,1% soit 217 participants n'ont pas pris part à la deuxième phase de l'enquête. Il faut aussi signaler que certains participants ont refusé de collaborer. A côté de ces participants absents, nous avons rejeté 177 questionnaires qui correspondaient aux participants qui étaient sexuellement inactifs. Nous avons encore rejeté 248 questionnaires parce que nous étions incapables de les associer soit à la première phase, soit à la seconde phase. C'est ainsi que nous avons finalement retenu 342 qui remplissaient totalement le profil de nos participants.

Notre échantillon est constitué de 178, soit 52,04% des établissements publics, 145 soit 42,39% des établissements privés laïcs, 19 soit 5,54% des élèves des établissements privés confessionnels. Ces pourcentages relèvent purement et simplement du hasard. Il est quand même important de préciser au regard de la faible représentativité des élèves des établissements privés confessionnels que la religion et la rigueur disciplinaire peuvent influencer la pratique sexuelle des adolescents-élèves.

### 5.2.1.2- Répartition de l'échantillon selon le sexe et les tranches d'âges.

Sexe	Tranches d'âge				Total
	14-16	17-19	20-22	23-25	
Masculin	2	44	88	29	163
Féminin	2	42	106	29	179
Total	4	86	194	58	342

**Tableau 13.** Répartition de l'échantillon retenu selon les tranches d'âges et le sexe.

L'étude que nous avons réalisée est une enquête de panel à deux niveaux. 47,7% des adolescents-élèves interrogés et retenus pour l'analyse des résultats sont de sexe masculin, et 52,3% sont, évidemment de sexe féminin. Parmi les adolescents-élèves retenus, 56,73% ont un âge compris entre 20 et 22 ans. La tranche d'âge 14-16 ans enregistre la plus faible fréquence, soit 1,17%. Cette disproportion de représentativité se justifie par le fait que les adolescents de 14-16 ans n'ont pas une sexualité très intense surtout lorsqu'ils accordent une priorité à leurs études. Nous avons aussi constaté que le sexe féminin est plus représenté. Cette représentativité s'éloigne de la réalité. Car, si nous nous en tenons au rapport de synthèse des effectifs dans les établissements secondaires de la ville de Yaoundé (Mfoundi), réalisée en 2006, 46,67% des élèves sont de sexe féminin et 53,33% sont de sexe masculin. La forte représentativité du sexe féminin dans notre échantillon peut être due au fait que les adolescentes-élèves des classes terminales ont une sexualité plus intense et active ou sont plus régulières à l'école que les adolescents-élèves ou encore répondraient plus volontiers aux enquêtes. Elles sont par conséquent plus exposées aux MST, au VIH/

Sida et aux grossesses non désirées. Nous constatons également que la tranche d'âge 23-25 ans enregistre des fréquences non négligeables 16,96%, d'où l'épineux problème de redoublement dans le système éducatif camerounais. Les adolescents de cette tranche d'âge devraient en principe être à l'université.

### 5.2.1.3- Pratique de rapports sexuels

A la première phase de notre enquête, 82% des jeunes interrogés ont dit avoir déjà eu des rapports sexuels. L'activité sexuelle, comme le montre un test de Khi-deux effectué sur notre échantillon, est indépendante du sexe ; en effet, les filles étaient aussi sexuellement actives que les garçons au cours des trois mois précédant l'étude (49,6% d'adolescents-élèves sexuellement actifs sont des garçons, et 50,4 % sont des filles). Un test de Khi-deux corrobore par ailleurs l'hypothèse d'une dépendance statistique entre l'âge et la situation sexuelle au cours des trois mois précédant le début de l'étude.

Groupe d'âge	Situation sexuelle				Total	
	A déjà eu des rapports sexuels		N'a pas encore eu de rapports sexuels			
	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Effectifs	Fréquences relatives (%)
14 – 16 ans	1	0,4	3	4,9	4	1,2
17 – 19 ans	59	21,1	27	43,6	86	25,1
20 – 22 ans	166	59,2	28	45,1	194	56,7
23 – 25 ans	54	19,3	4	6,4	58	17,0
Total	280	100	62	100	342	100

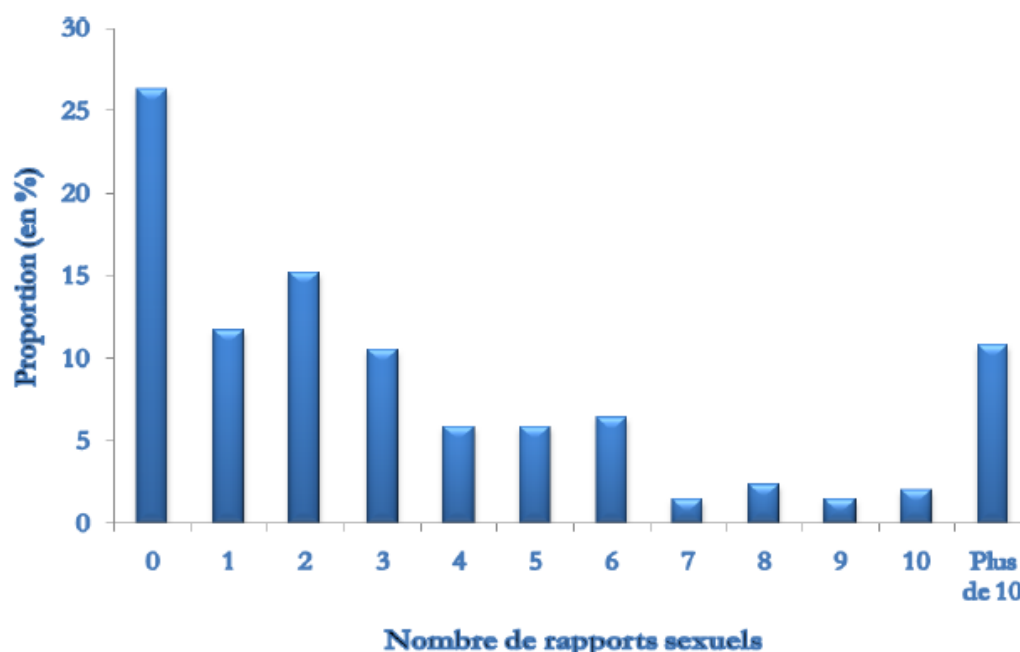
**Tableau 14 . Répartition des adolescents-élèves par groupe d'âge et selon leur situation sexuelle.**

**Source** : Données de l'enquête.

### 5.2.2- Comportement sexuel antérieur

Environ 13,2% d'adolescents élèves ont eu plus de dix rapports sexuels au cours des trois mois précédant le début de notre étude. Six adolescents-élèves sur dix ont eu au moins un et au plus dix rapports sexuels au cours de la même période. La moyenne de rapports sexuels qu'ils ont eus s'établit autour de trois (l'ampleur de cette moyenne est à relativiser, à cause de la dispersion autour d'elle, l'écart-type étant égal à 2,42) ; c'est-à-dire, un rapport sexuel en moyenne par mois.

Au cours des trois mois précédant le début de l'étude, il paraît rassurant de constater que 65% d'adolescents-élèves sexuellement actifs (ayant déjà eu des rapports sexuels) déclarent n'avoir eu aucun rapport sexuel non protégé. 5% d'entre eux déclarent toutefois avoir eu plus de dix rapports sexuels non protégés, au cours de cette période ; autant que ceux qui déclarent avoir eu plus de dix rapports sexuels protégés.

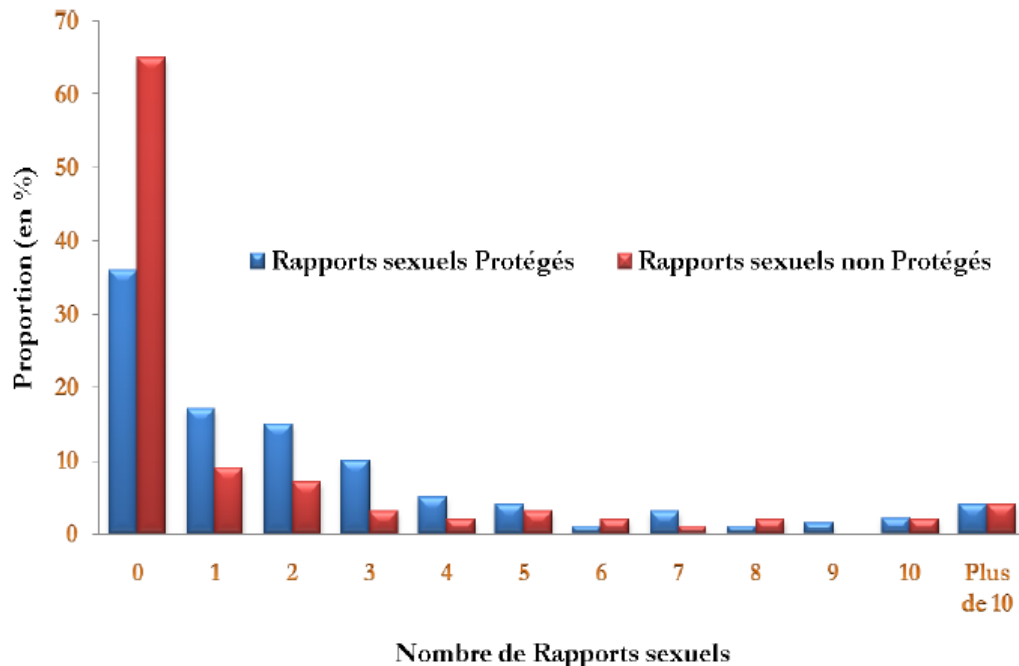


**Figure 14 .** Distribution du nombre de rapports sexuels (au cours des trois mois précédant le début de l'étude).

**Source** : Nos analyses.

La sensibilisation au port du préservatif, ainsi que le relève le graphique de la figure 14 – qui donne la distribution du nombre de rapports sexuels au cours des trois mois précédant le début de l'étude en tenant compte du port ou non du préservatif –, est acceptable mais très insatisfaisante. Environ quatre adolescents-élèves sexuellement actifs sur dix déclarent n'avoir eu, au cours des trois mois précédant l'étude, aucun rapport sexuel protégé. Il ressort de nos analyses que les adolescents-élèves se protègent pendant les rapports sexuels en moyenne une fois sur trois (ce qui correspond à un rapport sexuel protégé pour deux rapports sexuels non protégés !). Cette probabilité est de 26% chez les garçons et de 36% chez les filles ; et la différence entre ces deux probabilités est statistiquement significative (au seuil de 5% – test ANOVA). C'est-à-dire que les filles sont relativement moins "exigeantes" en matière de port de préservatif que les garçons.

En général, 57% des adolescents-élèves interrogés au cours de la première phase de notre enquête déclarent avoir déjà eu, au cours de leur vie, au moins un rapport sexuel non protégé. Il est par ailleurs inquiétant de constater que 70% d'adolescents-élèves ayant déjà eu au moins un rapport sexuel au cours de leur vie (**personnes sexuellement actives**) déclarent avoir déjà eu au moins un rapport sexuel non protégé, pendant le trimestre précédant la première phase de l'enquête ou avant. Plus de la moitié de ceux-ci (55%) sont des femmes. Autre preuve de la vulnérabilité des femmes en matière de rapport sexuel protégé, 77% d'adolescentes-élèves sexuellement actives déclarent avoir déjà eu, au cours de leur vie, au moins un rapport sexuel non protégé. En comparaison, cette proportion est de 62% chez les garçons.



**Figure 15.** Distribution comparée de la fréquence de rapports sexuels protégés et non protégés (au cours des trois mois précédant le début de l'étude)

### 5.2.3- Attitude envers le port du préservatif

Au cours des trois mois précédant le début de notre étude, nous nous sommes enquis de l'attitude « probable » ou « envisagée » des adolescents-élèves envers le port du préservatif pour les trois mois à venir. Cette attitude, dite globale, a été déclinée en trois items que nous présentons ci-dessous.

#### 5.2.3.1- Premier item : « le port du préservatif au cours des trois prochains mois serait pour moi une action ».

Source : Nos Calculs

Fréquences Attitude...	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Très dangereuse	11	3,2	3,2
Dangereuse	0	0	0
Un peu dangereuse	4	1,2	4,4
Neutre	38	11,1	15,5
Un peu bénéfique	16	4,7	20,2
Bénéfique	78	22,8	43,0
Très bénéfique	195	57,0	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	<b>/</b>

**Tableau 15.** Répartition des participants en fonction de l'item (1).

On apprend du tableau ci-dessus que 57% de personnes interrogées au cours de la première phase trouvaient « très bénéfique » l'action du port du préservatif pour les trois mois à venir. Mais curieusement, 5% trouvaient « très dangereuse » et au mieux « dangereuse » l'action du port du préservatif pour les trois mois à venir. Nous constatons également que 38 participants soit 11,1% n'ont pas d'attitude ou encore sont indécis. Il est toujours important de préciser que l'attitude est une variable dichotomique. Elle peut être dans le cas échéant dangereuse ou bénéfique. Elle n'est jamais neutre.

### 5.2.3.2- Deuxième item : « le port du préservatif au cours des trois prochains mois serait pour moi une action ».

Fréquences Attitude...	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Très déplaisante	11	3,2	3,2
Déplaisante	6	1,8	5,0
Un peu déplaisante	9	2,6	7,6
Neutre	63	18,4	26,0
Un peu plaisante	42	12,3	38,3
Plaisante	88	25,7	64,0
Très plaisante	123	36,0	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 16.** Répartition des participants en fonction de l'item (2).

Source : Nos Calculs

Remplis de bonne intention, ce sont ainsi 62% d'adolescents-élèves qui jugeaient que le port du préservatif serait pour eux une action au moins « plaisante » au cours des trois mois à venir. 7,6% y voient une action déplaisante et 18,4% sont indécis (neutres).

### 5.2.3.3- Troisième item : « le port du préservatif au cours des trois prochains mois serait pour moi une action ».



Attitude... / Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Très négative	9	2,6	2,6
Négative	2	0,6	3,2
Un peu négative	2	0,6	3,8
Neutre	45	13,2	17,0
Un peu positive	22	6,4	23,4
Positive	101	29,5	52,9
Très positive	161	47,1	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	<b>/</b>

**Tableau 17.** Répartition des participants en fonction de l'item (3).

Source : Nos Calculs

Plus optimistes, 77% d'adolescents-élèves interrogés pendant la première phase de notre étude estimaient que le port du préservatif au cours des trois mois à venir serait pour eux une action au moins « positive ». Même si 3,8% trouvent que c'est une action négative et 13,2% sont neutres.

#### 5.3.3.4- Score d'attitude envers le port du préservatif

Sur la base des scores partiels présentés ci-dessus, nous avons calculé le score d'attitude pour chaque sujet, qui est la somme des scores partiels. Comme les scores partiels varient de -3 à +3, le score d'attitude variera de -9 à +9. Tout simplement parce que trois items nous permettent d'évaluer l'attitude générale. Nous avons construit le tableau suivant :

Plage de variation du score d'attitude	Interprétation	Interprétation simplifiée
De - 9 à - 7	Très défavorable	<b>Défavorable</b>
De - 6 à - 4	Défavorable	
De - 3 à - 1	Un peu défavorable	
0	Neutre	<b>Neutre</b>
De +1 à +3	Un peu favorable	<b>Favorable</b>
De +4 à +6	Favorable	
De +7 à +9	Très favorable	

**Tableau 18.** Interprétation des scores d'attitude.

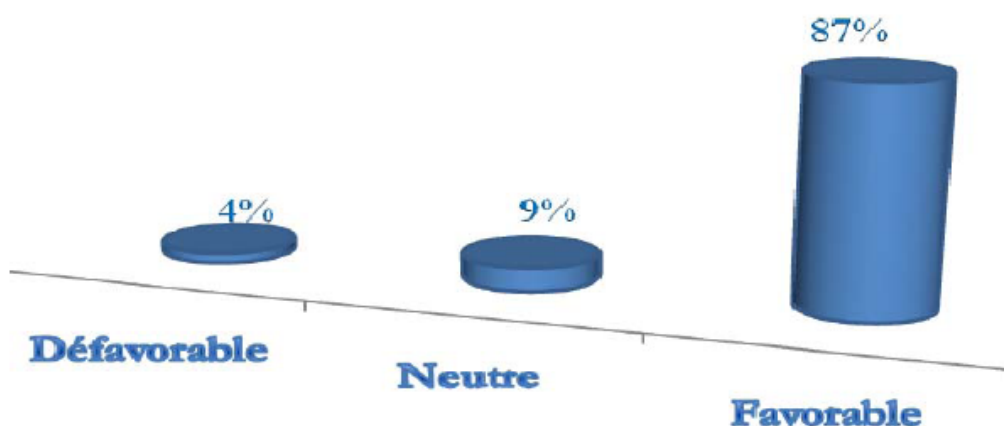
Sur la base de ces correspondances, nous avons alors établi le tableau ci-dessous, qui ventile la répartition des participants en fonction de l'attitude globale vis-à-vis du port du préservatif au cours des trois mois à venir.

Attitude...	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Très défavorable	0	0,0	0,0
Défavorable	2	0,6	0,6
Un peu défavorable	11	3,2	3,8
Neutre	32	9,4	13,2
Un peu favorable	33	9,6	22,8
Favorable	95	27,8	50,6
Très favorable	169	49,4	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 19 . Répartition des participants en fonction de l'attitude (globale) vis-à-vis du préservatif au cours des trois mois à venir.**

Source : Nos Calculs

De façon plus agrégée, on a la figure ci-dessous :



**Figure 16. Répartition des participants en fonction de l'attitude (globale) vis-à-vis du port du préservatif au cours des trois mois à venir.**

On se rend ainsi compte, sur la base de ce score, que 87% d'adolescents-élèves avaient une attitude favorable vis-à-vis du port du préservatif au cours de la première phase de l'étude. L'attitude des adolescents-élèves vis-à-vis du port du préservatif est donc, globalement, favorable. En effet, le score moyen d'attitude (de tous les sujets) est de 6.

Grosso modo les résultats ci-dessus révèlent une réelle volonté de la part des adolescents-élèves de se protéger au cours des trois mois à venir. La confrontation des résultats de la deuxième phase à ceux-ci déterminera cependant si ces bonnes attitudes ont été traduites dans les faits.

#### **5.2.4- Normes subjectives envers le port du préservatif**

Au cours de la première phase, nous nous sommes enquis de l'influence éducationnelle, sociale et normative de l'entourage des adolescents-élèves sur la décision du port du préservatif.

##### **5.2.4.1- Volonté des parents**

Comme le montre le tableau 19, plus de trois parents sur quatre auraient recommandé à leur enfant d'utiliser un préservatif au cours des trois mois à venir pour se protéger contre le VIH/Sida. 11,4% d'adolescents-élèves sont indécis ou encore ne savent pas quelle est la position des parents concernant leur protection. Ce qui ouvre à nouveau le débat sur la sexualité en milieu familial. Il reste toujours difficile pour certains parents de lever le tabou sur le sexe et la sexualité. 7,0% trouvent par ailleurs que la volonté des parents ne serait pas qu'ils utilisent un préservatif.

Fréquences Norme (1)	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Extrêmement faux	14	4,1	4,1
Faux	7	2,0	6,1
Un peu faux	3	0,9	7,0
Neutre	39	11,4	18,4
Un peu vrai	26	7,6	26,0
Vrai	115	33,6	59,6
Extrêmement vrai	138	40,4	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 20 . Répartition des participants en fonction de la volonté des parents de les voir utiliser un préservatif pour se protéger contre le VIH/SIDA au cours des trois mois à venir (1re phase de l'étude).**

Source : Nos Calculs

#### 5.2.4.2- Volonté des amis

La volonté des amis sur le port du préservatif, ainsi que le montre le tableau 10, ne s'éloigne pas significativement de celle des parents. 81,0% sont favorables à l'usage des préservatifs par leur ami (e). 12,6% sont indécis et 6,4% sont contre.

Fréquences Norme (2)	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Extrêmement faux	12	3,5	3,5
Faux	9	2,6	6,1
Un peu faux	1	0,3	6,4
Neutre	43	12,6	19,0
Un peu vrai	33	9,6	28,7
Vrai	137	40,1	68,7
Extrêmement vrai	107	31,3	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 21 . Répartition des participants en fonction de la volonté des amis de les voir utiliser un préservatif pour se protéger contre le VIH/Sida au cours des trois mois à venir (1re phase de l'étude).**

Source : Nos Calculs

#### 5.2.4.3- Volonté du partenaire

La volonté du partenaire sur le port du préservatif, ainsi que le montre le tableau 11, ne s'éloigne pas non plus significativement de celle des parents. En effet, 78,4% ont la volonté de voir leur propre partenaire se protéger en utilisant un préservatif pendant le trimestre à venir. 9,6% ne sont pas du tout favorables et 15,8% sont indécis.

Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Norme (3)			
Extrêmement faux	9	2,6	2,6
Faux	8	2,3	5,0
Un peu faux	2	0,6	5,6
Neutre	54	15,8	21,3
Un peu vrai	37	10,8	32,2
Vrai	118	34,5	66,7
Extrêmement vrai	114	33,3	100,0
Total	342	100,0	

**Tableau 22.** Répartition des participants en fonction de la volonté du partenaire de les voir utiliser un préservatif pour se protéger contre le VIH/Sida au cours des trois mois à venir (1re phase de l'étude).

Source : Nos Calculs

En général, comme on le constate aisément, les avis des parents, des amis et de la (ou du) partenaire sont extrêmement convergents.

#### 5.2.4.4- Score de Normes Subjectives envers le port du préservatif.

Sur la base des scores partiels présentés ci-dessus, nous avons calculé le score de normes subjectives pour chaque sujet, qui est la somme de ses scores partiels. Comme les scores partiels varient de -3 à +3, le score de normes variera de -9 à +9. Puisque nous avons trois items pour l'évaluation des normes subjectives. Ce que révèle d'ailleurs le tableau ci-dessous :

Plage de variation du score des normes subjectives	Interprétation	Interprétation simplifiée
De - 9 à - 7	Très non conforme	Non conforme
De - 6 à - 4	Non conforme	
De - 3 à - 1	Un peu non conforme	
0	Neutre	Neutre
De +1 à +3	Un peu conforme	Conforme
De +4 à +6	Conforme	
De +7 à +9	Très conforme	

**Tableau 23.** Interprétation des scores de normes subjectives

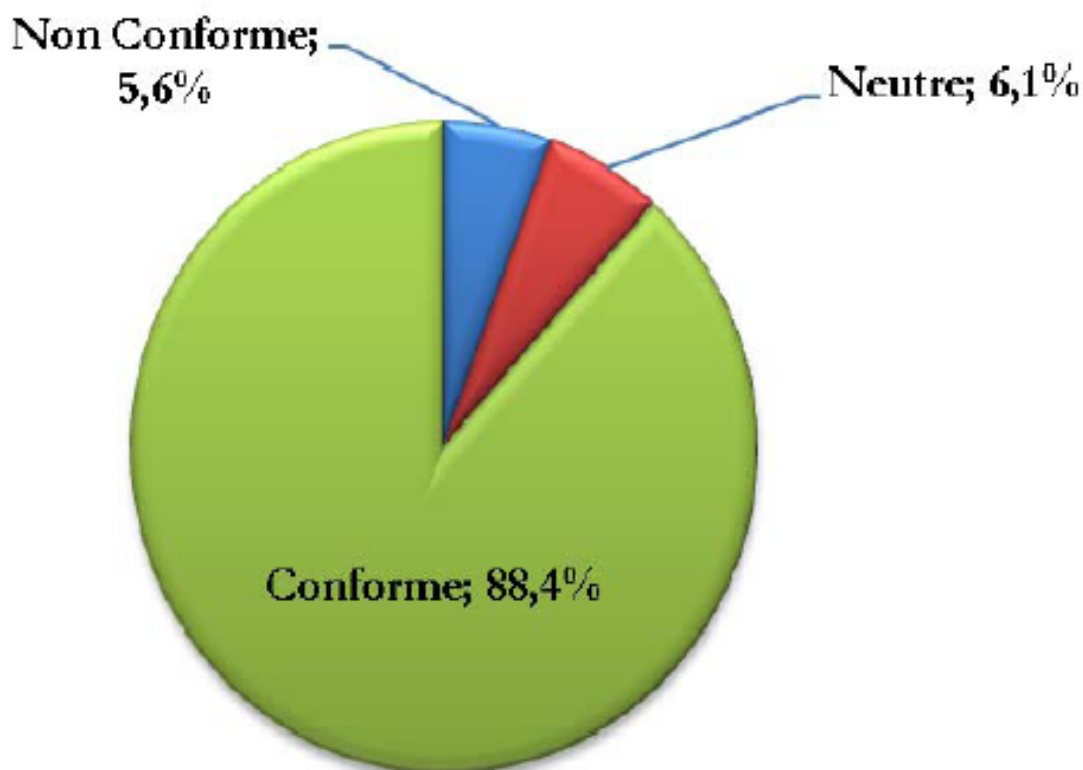
Sur la base de ces correspondances, nous avons construit le tableau 24 qui ventile la répartition des sujets en fonction des normes subjectives vis-à-vis du préservatif au cours des trois mois à venir.

Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Norme...			
Très non conforme	0	0,0	0,0
Non conforme	3	0,9	0,9
Un peu non conforme	16	4,7	5,6
Neutre	21	6,1	11,7
Un peu conforme	46	13,5	25,1
Conforme	122	35,7	60,8
Très conforme	134	39,2	100,0
Total	342	100,0	

**Tableau 24.** Répartition des participants en fonction des normes subjectives sur le port du préservatif pour se protéger contre le VIH/Sida au cours des trois mois à venir (1<sup>re</sup> phase de l'étude).

Source : Nos Calculs

De façon plus agrégée, on a le graphique ci-dessous :



**Figure 17.** Répartition des participants en fonction des normes subjectives vis-à-vis du port du préservatif au cours des trois mois à venir.

Plus de 88% d'adolescents-élèves présentaient des normes subjectives conformes à la protection par le port du préservatif au moment de la première phase de l'étude. L'analyse des données de la deuxième phase nous permettra de voir si cette conformité (la volonté des parents, amis et partenaire(s) de les voir utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir

pour se protéger contre le VIH/Sida) a positivement influencé leur action. Nous constatons également que 5,6% présentent des normes subjectives non conformes à la protection par l'usage du préservatif.

### **5.2.5- Contrôle comportemental perçu**

Au-delà de l'influence des parents, des amis et du (de la) partenaire sur la décision de l'adolescent-élève de se protéger au cours des trois mois à venir, il nous a semblé que l'engagement personnel de l'individu influencerait également sa décision de se protéger à l'aide d'un préservatif. Voilà pourquoi nous nous sommes enquis de l'engagement intrinsèque des adolescents-élèves à se protéger au cours des trois mois à venir. L'évaluation du contrôle comportemental perçu s'est faite à travers deux items.

#### **5.2.5.1- Premier item : « Je pense être en mesure de me protéger contre le VIH/Sida en utilisant régulièrement le préservatif pendant mes rapports sexuels au cours des trois prochains mois ».**

Ici encore l'optimisme est réel ; les adolescents-élèves sont quasi-unanimes à penser qu'ils pourraient régulièrement utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir pour se protéger contre le VIH/Sida. Plus réservés cependant, 9,6% d'entre eux préfèrent dire qu'ils ne savent que penser au sujet d'un tel engagement. 5,3% ne pensent pas pouvoir contrôler l'action de porter un préservatif au cours des trois prochains mois.

Comportement perçu	Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Extrêmement en désaccord		8	2,3	2,3
En désaccord		4	1,2	3,5
Un peu en désaccord		6	1,8	5,3
Neutre		33	9,6	14,9
Un peu d'accord		39	11,4	26,3
D'accord		120	35,1	61,4
Extrêmement d'accord		132	38,6	100,0
<b>Total</b>		<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 25.** Répartition des participants en fonction du fait de penser pouvoir être en mesure de se protéger contre le VIH/Sida en utilisant régulièrement le préservatif au cours des trois mois à venir (1re phase de l'étude).

Source : Nos Calculs

#### **5.2.5.2- Deuxième item : « Si cela ne tenait qu'à moi, je suis sûr que je vais me protéger contre le VIH/Sida en utilisant régulièrement le préservatif pendant mes rapports sexuels au cours des trois prochains mois ».**

De l'avis des adolescents-élèves, l'influence du (de la) partenaire est par ailleurs bien mince, puisqu'en tenant compte de l'influence de celui-ci (celle-ci), la quasi-unanimité des adolescents-élèves continue de penser qu'ils sont sûrs qu'ils pourront régulièrement utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir pour se protéger contre le VIH/Sida. Même

si 11,4% sont indécis et 6,1% pensent ne pas être capables d'utiliser régulièrement un préservatif si la régulation et le contrôle de cette action leur étaient exclusives.

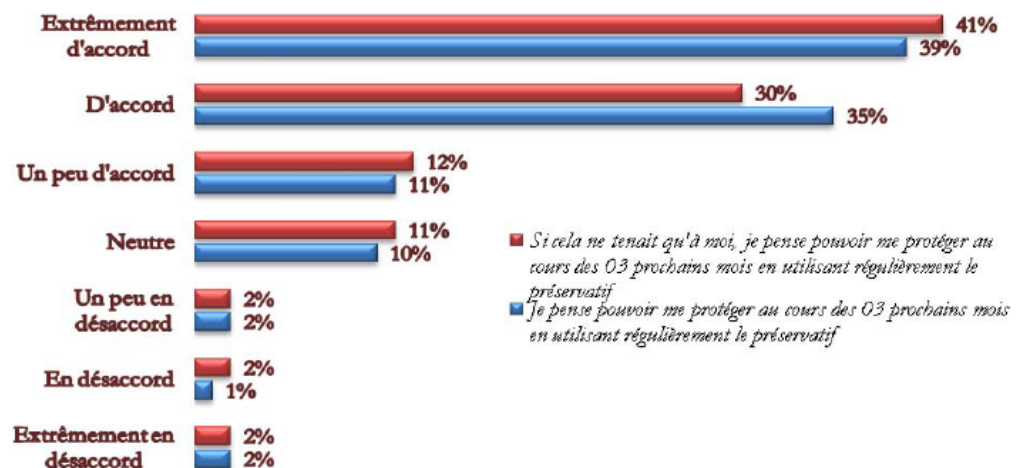
Comportement perçu	Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Extrêmement en désaccord		8	2,3	2,3
En désaccord		8	2,3	4,7
Un peu en désaccord		5	1,5	6,1
Neutre		39	11,4	17,5
Un peu d'accord		41	12,0	29,5
D'accord		102	29,8	59,4
Extrêmement d'accord		139	40,6	100,0
<b>Total</b>		<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 26.** Répartition des participants en fonction du fait d'être sûr que si cela ne tenait qu'à eux, ils se protégeraient contre le VIH/Sida en utilisant régulièrement le préservatif au cours des trois mois à venir (1re phase de l'étude).

Source : Nos Calculs

### 5.2.5.3- Score de contrôle comportemental perçu

La figure 18 récapitule le contrôle comportemental perçu suivant le fait de penser être en mesure de se protéger au cours des trois mois à venir en utilisant régulièrement un préservatif, et le fait d'être sûr que si cela ne tenait qu'au sujet il se protégerait en utilisant régulièrement le préservatif pendant les rapports sexuels au cours des trois mois à venir.



**Figure 18.** Contrôle comportemental perçu par les adolescents-élèves pour les trois mois à venir.

Sur la base des scores partiels présentés aux paragraphes précédents, nous avons calculé le score de contrôle comportemental perçu pour chaque participant, qui est la somme de ses scores partiels. Comme les scores partiels varient de -3 à +3, le score de contrôle comportemental perçu variera de -6 à +6.

On a alors le tableau d'interprétation ci-dessous :

Plage de variation du score de contrôle comportemental perçu	Signification	Signification simplifiée
De - 6 à - 5	Très inefficace	inefficace
De - 4 à - 3	inefficace	
De - 2 à - 1	Un peu inefficace	
0	Neutre	Neutre
De +1 à +2	Un peu efficace	efficace
De +3 à +4	efficace	
De +5 à +6	Très efficace	

**Tableau 27 . Interprétation des scores du contrôle comportemental perçu.**

Sur la base de ces correspondances, nous avons le tableau ci-dessous, qui ventile la répartition des participants en fonction du contrôle comportemental perçu vis-à-vis de l'usage du préservatif au cours des trois mois à venir.

Contrôle comportemental perçu	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Très inefficace	0	0,0	0,0
inefficace	3	0,9	0,9
Un peu inefficace	15	4,4	5,3
Neutre	36	10,5	15,8
Un peu efficace	30	8,8	24,6
efficace	112	32,7	57,3
Très efficace	146	42,7	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

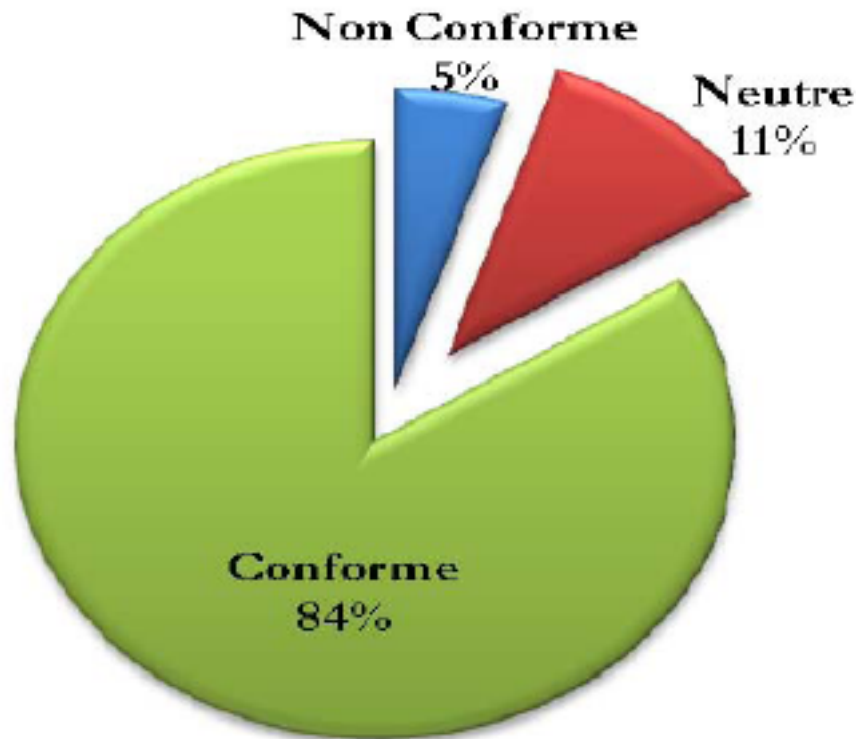
**Tableau 28. Répartition des participants en fonction du contrôle comportemental perçu (1re phase de l'étude).**

Source : Nos Calculs

De la lecture de ce tableau, il est clair que 81,9% des participants affirment avoir un contrôle comportemental sur l'action de porter un préservatif, dans la mesure où leur auto-perception est positive. Le contrôle comportemental perçu est une variable très importante dans la prédiction du comportement futur. A ce rythme, on attendait qu'ils portent régulièrement un préservatif. Cependant, 10,5% sont indécis et 5,3% pensent ne pas pouvoir assurer le contrôle sur l'action de porter un préservatif.

De façon plus agrégée, on a la figure ci-dessous :





**Figure 19.** Répartition des participants en fonction du contrôle comportemental perçu vis-à-vis du port du préservatif au cours des trois mois à venir (1<sup>re</sup> phase).

### 5.2.6- Intentions du port du préservatif

L'intention d'utiliser un préservatif est mesurée dans cette étude à partir des quatre items : le désir, la volonté, le souhait et la détermination.

#### 5.2.6.1- Désir d'utilisation du préservatif au cours des trois prochains mois

Ainsi qu'on peut le constater sur le tableau 17, l'optimisme des adolescents-élèves dans les intentions du port du préservatif au cours des trois mois à venir était saisissant. Ils sont ainsi plus de 8 sur 10 à désirer utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir.

Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
<b>Désire utiliser le préservatif</b>			
Extrêmement en désaccord	11	3,2	3,2
En désaccord	3	0,9	4,1
Un peu en désaccord	5	1,5	5,6
Neutre	39	11,4	17,0
Un peu d'accord	28	8,2	25,1
D'accord	114	33,3	58,5
Extrêmement d'accord	142	41,5	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 29.** Répartition des participants en fonction du désir d'utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir.

Source : Nos Calculs

Le tableau ci-dessus montre que le désir d'utiliser un préservatif au cours des trois prochains mois chez les adolescents-élèves des classes terminales est effectif, dans la mesure où 83,0% désirent porter régulièrement le préservatif. Il est toujours important de préciser que ce désir ne fait pour autant pas l'unanimité car 11,4% sont indécis et 5,6% ne le désirent pas.

### 5.2.6.2- Volonté d'utilisation du préservatif au cours des trois prochains mois

Globalement, 81% des adolescents-élèves interrogés pendant la première phase étaient pleins de bonne volonté pour se protéger contre le VIH/Sida au cours des trois mois à venir à l'aide d'un préservatif. Même si 12% sont indécis et 6,7% sont pleins de mauvaise volonté pour le port du préservatif.

Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
<b>Veut utiliser le préservatif</b>			
Extrêmement en désaccord	14	4,1	4,1
En désaccord	2	0,6	4,7
Un peu en désaccord	7	2,0	6,7
Neutre	41	12,0	18,7
Un peu d'accord	34	9,9	28,7
D'accord	113	33,0	61,7
Extrêmement d'accord	131	38,3	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 30 .** Répartition des participants en fonction de la volonté d'utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir.

Source : Nos Calculs

### 5.2.6.3- Souhait d'utilisation du préservatif au cours des trois prochains mois

Ainsi, comme le montre le tableau 19 ci-dessous, 8 adolescents-élèves sur 10 ont éprouvé le souhait d'utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir.

Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
<b>Souhaite utiliser le préservatif</b>			
Extrêmement en désaccord	15	4,4	4,4
En désaccord	3	0,9	5,3
Un peu en désaccord	8	2,3	7,6
Neutre	46	13,5	21,1
Un peu d'accord	27	7,9	28,9
D'accord	113	33,0	62,0
Extrêmement d'accord	130	38,0	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 31 . Répartition des participants en fonction du souhait d'utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir.**

Source : Nos Calculs

A la lumière de ce tableau, force est de constater que 80,0% des participants souhaitent utiliser le préservatif au cours des trois prochains mois. Il est aussi important de préciser que 13,5% sont indécis et 7,6% n'éprouvent pas le souhait de porter un préservatif pour se protéger.

#### 5.2.6.4- Détermination à utiliser le préservatif au cours des trois prochains mois

Le tableau 32 ventile la répartition des adolescents-élèves en fonction de leur détermination à utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir. Il en ressort que 79,4% sont déterminés à utiliser un préservatif et 15,2% sont indécis. La fréquence de ceux qui ne sont pas déterminés à utiliser un préservatif n'est pas du tout négligeable, 6,4%.

Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
<b>Déterminé à utiliser le préservatif</b>			
Extrêmement en désaccord	6	1,8	1,8
En désaccord	10	2,9	4,7
Un peu en désaccord	6	1,8	6,4
Neutre	52	15,2	21,6
Un peu d'accord	21	6,1	27,8
D'accord	93	27,2	55,0
Extrêmement d'accord	154	45,0	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 32 . Répartition des participants en fonction de la détermination à utiliser le préservatif au cours des trois mois à venir.**

Source : Nos Calculs

#### 5.2.6.5- Score d'intention du port du préservatif au cours des trois prochains mois

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

Sur la base des quatre scores partiels calculés dans les paragraphes précédents, nous avons construit et évalué le score d'intention pour chaque sujet, qui n'est rien d'autre que la somme de ses scores partiels. Comme les scores partiels varient de -3 à +3, le score global variera de -12 à +12.

On a alors le tableau d'interprétation ci-dessous :

Plage de variation du score d'intention	Signification	Signification simplifiée
De - 12 à - 9	Très défavorable	défavorable
De - 8 à - 5	défavorable	
De - 4 à - 1	Un peu défavorable	
0	Neutre	Neutre
De +1 à +4	Un peu favorable	favorable
De +5 à +8	favorable	
De +9 à +12	Très favorable	

**Tableau 33 . Interprétation des scores d'intention.**

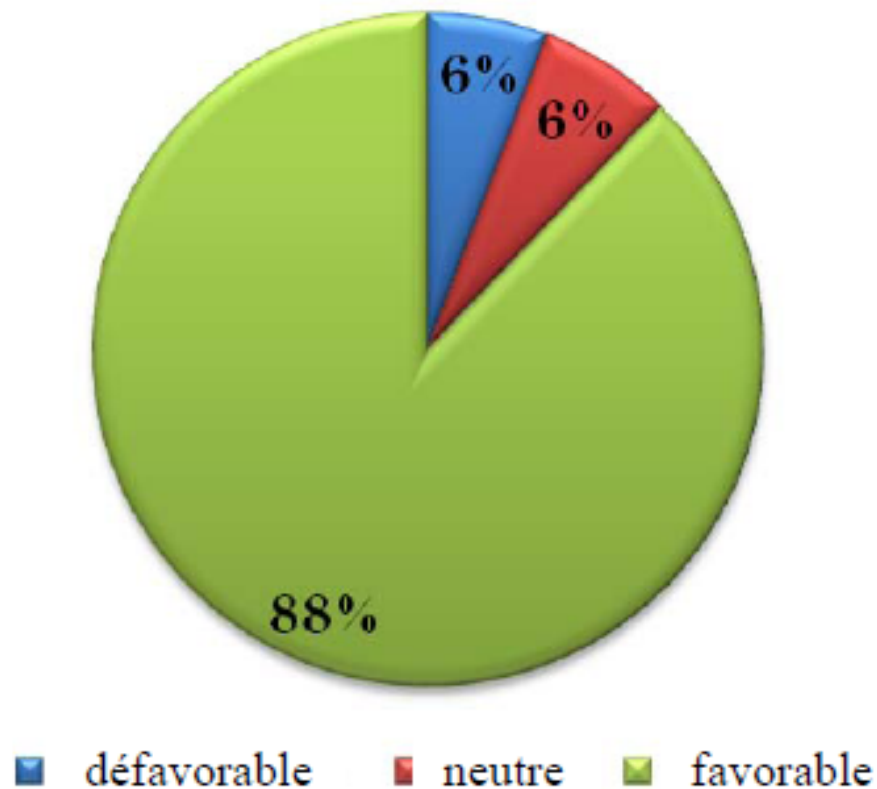
Sur la base de ces correspondances, nous avons le tableau 34, qui ventile la répartition des participants en fonction de l'intention globale vis-à-vis du port du préservatif au cours des trois mois à venir.

Intention \ Fréquences	Effectifs	Fréquences relatives (%)	Fréquences cumulées (%)
Très défavorable	0	0,0	0,0
défavorable	4	1,2	1,2
Un peu défavorable	16	4,7	5,8
Neutre	22	6,4	12,3
Un peu favorable	42	12,3	24,6
favorable	101	29,5	54,1
Très favorable	157	45,9	100,0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau 34. Répartition des participants en fonction de l'intention de port du préservatif pour se protéger contre le VIH/ Sida au cours des trois mois à venir (1re phase de l'étude).**

Source : Nos Calculs

Comme la figure ci-dessous le montre, 88% d'adolescents-élèves ont une intention favorable vis-à-vis du port du préservatif pour se protéger contre le VIH/Sida au cours des trois mois à venir.



**Figure 20 . Répartition des participants en fonction de l'intention du port du préservatif au cours des trois mois à venir (1re phase).**

D'une manière générale, le tableau 34 et la figure 20 montrent clairement que la quasi-totalité des adolescents-élèves (88%) ont une intention favorable pour le port du préservatif au cours des trois prochains mois. Parmi ces adolescents qui ont une intention favorable, plus de 40% ont une intention très favorable. La connaissance des intentions est très importante pour la prédiction du comportement à venir. La théorie de l'action planifiée d'Ajzen (1991) démontre que l'intention est une variable décisive dans la production d'une action. A partir de ces résultats, on s'attendrait à ce que ces adolescents-élèves portent effectivement le préservatif pendant les prochains rapports sexuels. Il ressort également de ces résultats que 6,4% des adolescents-élèves interrogés sont indécis. De manière pratique, il n'existe pas d'intention neutre, dans la mesure où l'intention tout comme l'attitude est une variable dichotomique. Elle est soit positive/ négative, favorable/défavorable, etc. Certains adolescents éprouvent encore la difficulté de porter leur dévolu sur le préservatif. Ils sont partagés entre apprécier et désapprécier le préservatif. C'est ce qui justifierait leur neutralité. Les résultats montrent également que 5,8% ont des intentions plutôt défavorables. Cette dernière catégorie est constituée d'adolescents qui n'éprouvent aucune volonté, désir, souhait d'utiliser le préservatif. Cette situation montre combien malgré les catastrophes causées sur le plan humain et les multiples campagnes de sensibilisation, beaucoup d'adolescents restent réfractaires au préservatif et à son usage. Nous avons jugé nécessaire de faire une étude de corrélation entre les attitudes, les normes subjectives, le contrôle comportemental perçu et les intentions pour plus d'objectivité et de sécurité méthodologique dans nos analyses futures.

### **5.2.7- Etude corrélative entre l'attitude, les normes subjectives, le contrôle comportemental perçu et l'intention du port du préservatif**

Ci-dessus, nous avons réparti les adolescents-élèves respectivement suivant les attitudes, les normes subjectives, le contrôle comportemental perçu, et les intentions du port du préservatif. Mais il se pourrait bien que ces variables soient corrélées entre elles. L'objectif étant de les agréger pour en faire une variable unique – qui sera perçue comme étant la mesure la plus pertinente de « l'intention d'agir » –, l'étude corrélative nous permettra d'écarter les variables redondantes (celles qui, dans l'agrégation, apportent la même information). Elle nous permettra également de nous rapprocher davantage de la théorie de l'action planifiée d'Ajzen.

Les corrélations ont été établies deux à deux, sur les variables quantifiées (respectivement scores d'attitude, de normes subjectives, de contrôle comportemental perçu, et d'intentions). Nous avons alors obtenu le tableau des corrélations ci-dessous, qui ressort les degrés de significativité des différents tests de Student de corrélation.

	Attitude	Normes subjectives	Contrôle comportemental perçu	Intentions
Attitude	1	0,450**	0,542**	0,635**
Normes subjectives	0,450**	1	0,544**	0,552**
Contrôle comportemental perçu	0,542**	0,544**	1	0,705**
Intentions	0,635**	0,552**	0,705**	1

**Tableau 35 . Matrice des corrélations entre les scores d'attitude, de normes subjectives, de contrôle comportemental perçu, et d'intentions.**

Source : Nos Calculs

Toutes les corrélations entre les quatre variables retenues sont significatives (test de Student) au seuil de 5%. Les variables les plus corrélées entre elles sont « le contrôle comportemental perçu » et « les intentions ». Quoique statistiquement significative, la corrélation est néanmoins plus faible entre « les normes subjectives » et « l'attitude ».

Les variables retenues pour mesurer « l'intention d'agir » étant donc deux à deux corrélées, on conclut qu'une seule d'entre elles peut efficacement mesurer cette « intention d'agir ». Autrement dit, on peut se passer de trois d'entre elles, et ne retenir, par exemple, que la variable « intentions ». Nous retiendrons cette dernière parce qu'au regard de la matrice des corrélations, la variable « intentions » est celle qui présente le coefficient de corrélation le plus élevé avec chacune des trois autres variables prises séparément. Cette étude corrélative nous permet de nous rassurer sur le fait que le comportement sexuel (le port du préservatif) respecte les grandes articulations de la théorie du comportement planifié. Nos résultats sont en droite ligne avec les précautions théoriques et méthodologiques de la théorie de l'action planifiée. Ce n'est qu'à ce titre que nous pouvons poursuivre nos analyses et démonstrations.

Nous dirons donc que l'intention est la finalité respectivement de l'attitude, des normes subjectives, et du contrôle comportemental perçu.

### 5.2.8- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels non protégés ?

Au cours de la première phase de l'étude, 57,4% d'adolescents-élèves ont déclaré avoir déjà eu, au moins une fois au cours de leur vie, des rapports sexuels non protégés. Cette proportion passe à 70% lorsqu'il s'agit d'adolescents-élèves sexuellement actifs. Ce qui est tout de même inquiétant, puisque ce sont là sept adolescents-élèves sexuellement actifs, sur dix, qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés au cours de leur vie. Un test du khi-deux corrobore l'hypothèse d'une dépendance statistique entre le sexe et le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés (pour les participants sexuellement actifs). Les femmes sont notamment plus vulnérables que les hommes, dans la mesure où 77% de participants sexuellement actifs ont répondu avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés au cours de leur vie, contre 62% de participants sexuellement actifs ayant répondu avoir pris de tels risques.

	A déjà eu des rapports sexuels non protégés	N'a jamais eu des rapports sexuels non protégés	Total
Masculin	87	52	139
Féminin	108	33	141
Total	195	85	280
Khi-deux de Pearson	6,495*** (Significatif au seuil de 1%)		

**Tableau 36.** Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction du sexe et du fait d'avoir déjà eu ou non des rapports sexuels non protégés

Source : Nos calculs

**Encadré N°1 : Note explicative sur la présentation des résultats des tests d'hypothèse.**

- \*\*\* significativité au risque de 1%
- \*\* significativité au risque de 5%
- \* significativité au risque de 10%

## 5.3- Présentation des résultats de la deuxième phase.

Conformément à notre méthodologie, trois mois après la première phase, nous sommes allés réinterroger les adolescents-élèves que nous avons précédemment enquêtés. Mais comme nous l'avons dit par ailleurs, n'ont été retenus au cours de cette deuxième phase que les individus ayant déjà eu un rapport sexuel. L'objectif de cette deuxième phase est donc de voir si les intentions annoncées par les adolescents-élèves ont été respectées. Toutes les personnes interrogées, dont les résultats ont été retenus à la deuxième phase de l'enquête, avaient déjà eu des rapports sexuels (en effet, pour répondre à la question de recherche, seuls les individus sexuellement actifs avant la deuxième phase de l'enquête ont été retenus, parmi ceux qui avaient été interrogés à la première phase). Il faut signaler qu'il n'a fallu que trois mois pour que 18% d'adolescents-élèves perdent leur virginité sexuelle.

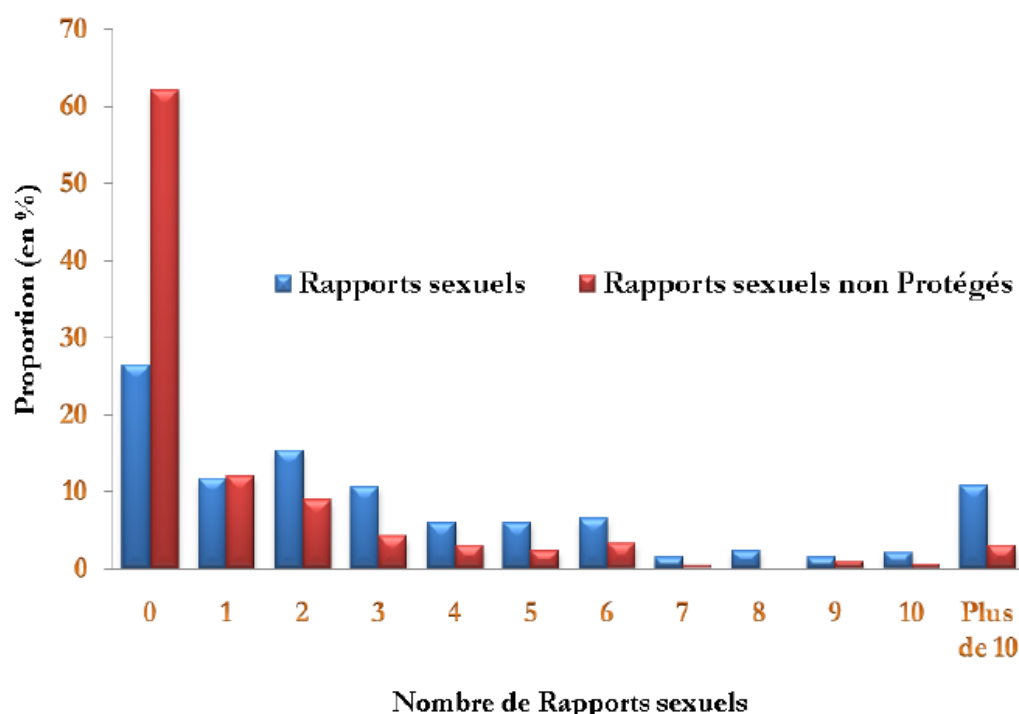
### 5.3.1- Identification des participants.

Les participants enquêtés sont les mêmes que ceux qui ont été enquêtés à la première phase de l'étude. Il s'agit en effet des individus qui sont sexuellement actifs, dont l'âge varie

entre 14 et 25 ans, qui sont régulièrement inscrits en classes terminales dans les lycées et collèges et instituts qui ont abrité la première phase de l'enquête et doivent être célibataires.

### 5.3.2- Comportement sexuel pendant les trois mois suivant le début de l'étude.

Seulement 26% d'adolescents-élèves se sont abstenus de tout acte sexuel entre la première et la deuxième phase de notre étude. 60% d'adolescents-élèves n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé pendant cette période.



**Figure 21 .** Distribution comparée du nombre de rapports sexuels protégés et du nombre de rapports sexuels non protégés pendant les trois mois séparant la première et la deuxième phase de l'étude.

Au cours de cette période, l'activité sexuelle s'est intensifiée chez les adolescents-élèves, comme si l'appétit sexuel s'est accru avec le temps. En effet, alors que seulement 5% déclaraient avoir eu plus de dix rapports sexuels pendant les trois mois précédant la



première phase de l'étude, 11% ont déclaré avoir eu plus de dix rapports sexuels au cours de trois mois qui ont suivi la première phase et précédé la deuxième.

Pour ceux qui ont eu au moins un rapport sexuel (et au plus dix) au cours de cette période, le nombre moyen de rapports sexuels est d'environ quatre. Par ailleurs, autant parmi ceux qui ont eu plus de trois rapports sexuels, il y en a qui ont eu moins (la médiane est de trois rapports sexuels). Plus révélateur, est le nombre moyen de rapports sexuels des adolescents-élèves ayant perdu leur virginité sexuelle pendant les trois mois séparant les deux phases de l'étude ; il est voisin de quatre.

### 5.3.3- Analyse descriptive des variables potentielles de résistance au port du préservatif

Les variables présomptives de résistance au changement ci-dessous sont analysées exclusivement sur les individus ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des trois mois précédant la deuxième phase de notre étude.

#### 5.3.3.1- Pression psychosociale

La pression psychosociale dans le cadre de notre étude est entendue comme étant l'influence plus ou moins contraignante qui s'exerce sur quelqu'un. La pression psychosociale liée à l'action porter un préservatif peut être exercée ou subie.

##### Pression exercée

Comme le montre le tableau 37 ci-dessous, 55% d'adolescents-élèves estiment que pendant les rapports sexuels, lorsqu'ils proposent avec insistance et fermeté le non-usage du préservatif à leur partenaire, il (ou elle) finit toujours par accepter.

<i>Pendant les rapports sexuels, mon partenaire finit toujours par céder lorsque je propose avec insistance et fermeté le non usage du préservatif</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	100	55
Faux	122	45
Total	222	100

**Tableau 37.** Répartition des adolescents-élèves suivant la réaction du partenaire à la pression exercée.

Source : Nos calculs

Bien qu'un test du Khi-deux ait révélé une dépendance non-significative entre le sexe et le fait d'amener le partenaire à céder, rappelons tout de même que 60% d'adolescentes-élèves finissent toujours par faire céder leur partenaire masculin, contre 46% d'adolescents-élèves envers leur partenaire féminin.

##### Pression subie

Lorsque le partenaire fait des pressions intenses et sérieuses au quotidien, il peut arriver que quatre adolescents-élèves sur dix cèdent à des rapports sexuels non protégés.

<i>Il peut facilement arriver que je cède lorsque mon partenaire insiste pour que nous ayons des rapports sexuels non protégés</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	90	38,6
Faux	143	61,4
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 38.** Répartition des adolescents-élèves suivant la réaction à la pression subie

Source : Nos calculs

Ce rapport s'établit à six sur dix chez les femmes, preuve qu'elles sont plus vulnérables aux pressions subies pour avoir des rapports sexuels non protégés que les hommes.

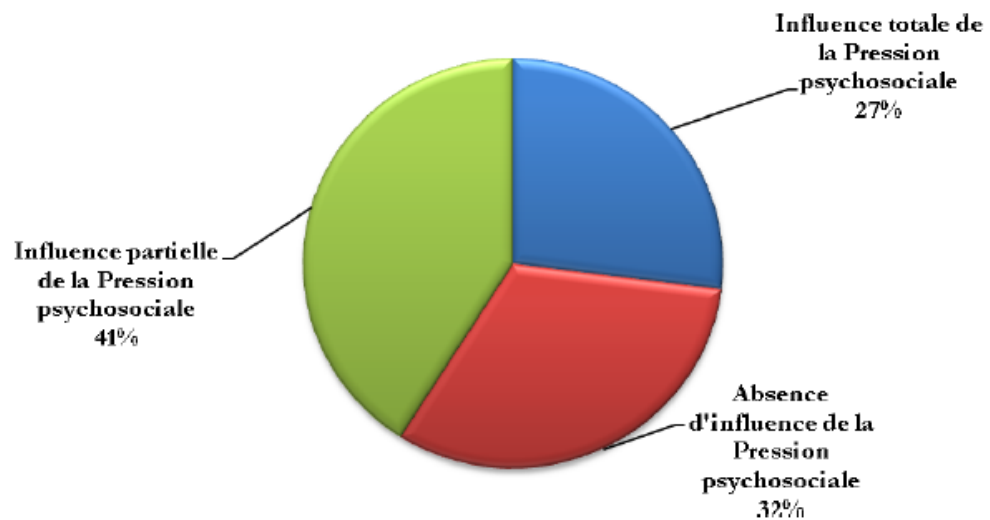
**Influence de la pression psychosociale**

La pression psychosociale est obtenue par croisement des deux formes de pressions (subie et exercée) présentées ci-dessus. On peut avoir trois types de pression psychosociale : totale, partielle, ou inexistante.

<b>Pression exercée / Pression subie</b>	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>
<b>Vrai</b>	Influence de la Pression psychosociale : <b>Totale</b>	Influence de la Pression psychosociale : <b>partielle</b>
<b>Faux</b>	Influence de la Pression psychosociale : <b>partielle</b>	Influence de la Pression psychosociale : <b>Inexistante</b>

**Tableau 39.** Ventilation des différentes formes de pression psychosociale.

Sur la base du croisement ci-dessus, nous allons donc déterminer, pour chaque sujet, le type de pression psychosociale auquel il est confronté et par la suite l'influence de celle-ci sur son dernier rapport sexuel.



**Figure 22 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence de la pression psychosociale.**

Environ trois adolescents-élèves sur dix (27%) subissent une pression psychosociale totale. Une proportion presque équivalente d'adolescents-élèves ne subit aucune pression psychosociale du tout.

### 5.3.3.2- Le contexte de l'action

Le contexte de l'action lorsqu'il s'applique au port du préservatif est le cadre dans lequel se réalise l'acte sexuel. Il peut être pacifique ou conflictuel.

#### Le contexte pacifique

Lorsqu'il y a la joie et la paix avec le partenaire, il arrive à 53,8% d'adolescents-élèves d'avoir des rapports sexuels non protégés.

<i>Très souvent, pendant qu'il y a la joie ou la paix entre mon partenaire et moi, il est très facile d'avoir des rapports sexuels non protégés</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	127	53,8
Faux	109	46,2
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 40. Répartition des adolescents-élèves suivant la réaction à la joie ou à la paix avec le partenaire.**

Source : Nos calculs

#### Le contexte conflictuel

Par ailleurs, en situation de tension avec le partenaire, ce sont 56,4% d'adolescents-élèves qui constatent que leurs rapports sexuels sont toujours protégés.

<i>J'ai constaté que quand j'ai des problèmes avec mon partenaire, nos rapports sexuels sont toujours protégés</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	114	56,4
Faux	88	43,6
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 41 . Répartition des adolescents-élèves suivant la réaction au conflit avec le partenaire.**

Source : Nos calculs

**Influence du contexte de l'action**

L'influence du contexte (global) de l'action est obtenue par croisement de ses deux composantes (contexte conflictuel et contexte pacifique) présentées ci-dessus. On peut avoir trois types d'influences du contexte de l'action : influence totale, partielle, ou inexistante.

<b>Influence du contexte pacifique</b>	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>
<b>Influence du contexte conflictuel</b>	Influence du contexte de l'action : <b>Totale</b>	Influence du contexte de l'action : <b>partielle</b>
<b>Vrai</b>	Influence du contexte de l'action : <b>partielle</b>	Influence du contexte de l'action : <b>inexistante</b>
<b>Faux</b>		

**Tableau 42 . Ventilation des différentes formes d'influences du contexte de l'action.**

Sur la base de ce croisement, nous pouvons donc déterminer, pour chaque sujet, l'influence du contexte de l'action sur la décision du port du préservatif.

Après avoir donc déterminé pour chaque sujet le type d'influence du contexte de l'action auquel il est soumis, il ressort notamment de nos analyses, ainsi que le montre la figure 23, que 27% d'adolescents-élèves ont eu des rapports sexuels non protégés sous l'influence du contexte d'action, pacifique et conflictuel ; 47% sont partiellement influencés par le contexte tandis que 26% ne sont pas influencés par le contexte.



**Figure 23.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence du contexte de l'action.

### 5.3.3.3- La négociation

La négociation du préservatif renvoie à l'action de discuter sur son usage en vue de parvenir à un commun accord. Elle est dans le cadre de cette étude, saisie respectivement à travers la recherche du consensus et la qualité de la discussion.

- Le consensus

De l'avis des adolescents-élèves interrogés, la recherche du consensus dans la pratique de rapports sexuels non protégés est primordiale. En effet, 76,7% de ceux-ci estiment qu'il est très difficile d'avoir des rapports sexuels non protégés avec son partenaire sans son accord.

<i>Il est très difficile d'avoir des rapports sexuels non protégés avec un partenaire sans son accord</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	178	76,7
Faux	54	23,3
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 43.** Répartition des adolescents-élèves suivant la perception de l'influence du consensus.

Source : Nos calculs

- La qualité de la discussion

Un adolescent-élève sur deux juge que les rapports sexuels non protégés sont toujours mieux négociés que les rapports sexuels protégés.

<i>Les rapports sexuels non protégés sont toujours mieux négociés que les rapports sexuels protégés</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	107	48,0
Faux	116	52,0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 44.** Répartition des adolescents-élèves suivant la perception de l'influence de la qualité de la discussion.

Source : Nos calculs

- L'influence de la négociation

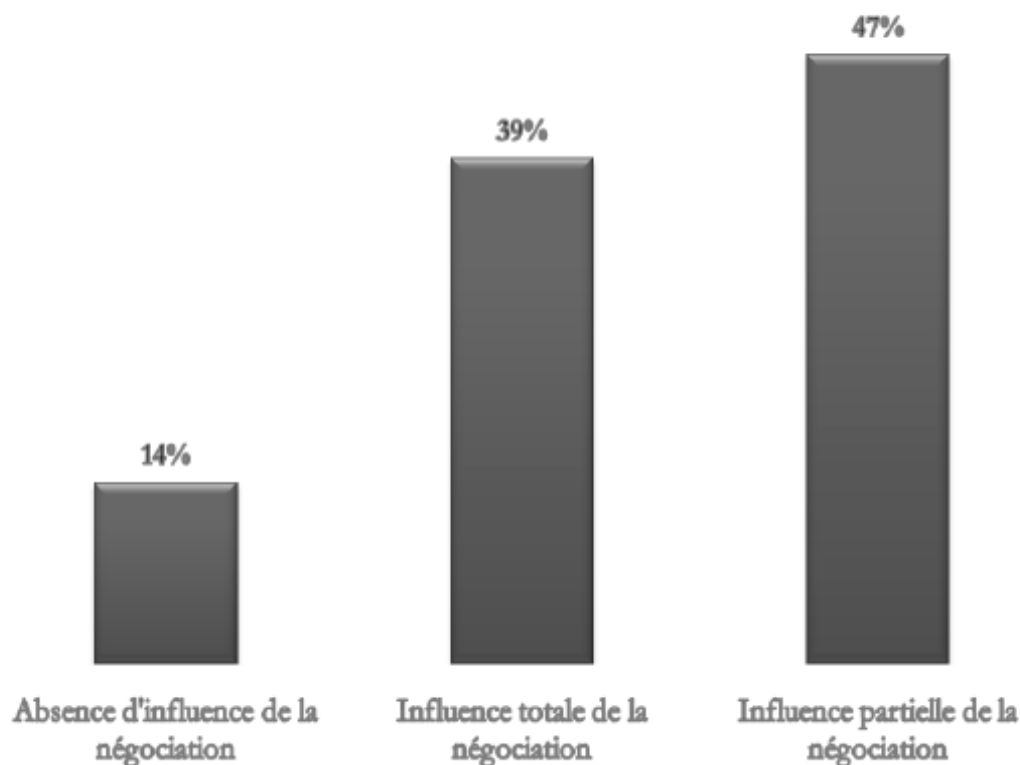
L'influence de la négociation sur la décision de porter le préservatif est obtenue par croisement de ses deux composantes (recherche du consensus, et qualité de la discussion) présentées ci-dessus. On peut avoir trois types d'influences du contexte de l'action : influence totale, partielle, ou inexistante.

Influence du consensus	Vrai	Faux
Influence de la qualité de la discussion	Vrai	Faux
Vrai	Influence de la négociation : <b>Totale</b>	Influence de la négociation : <b>Partielle</b>
Faux	Influence de la négociation : <b>Partielle</b>	Influence de la négociation : <b>Inexistante</b>

**Tableau 45.** Ventilation des différentes formes d'influences de la négociation.

Sur la base de ce croisement, nous pouvons donc déterminer, pour chaque sujet, la façon dont la négociation influence sa décision d'utiliser un préservatif pour se protéger contre le VIH/Sida.

Par exemple, ainsi que le montre la figure 24, environ quatre adolescents-élèves sur dix ont eu des rapports sexuels non protégés sous l'influence de la négociation, aussi bien celle du consensus que celle de la qualité de la discussion. Seulement 14% des adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels non protégés au cours du trimestre précédant la deuxième phase de l'étude n'ont pas été influencés par la négociation.



**Figure 24.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence de la négociation.

#### 5.3.3.4- Le but de l'action

Le but de l'acte sexuel est l'objectif qui est assigné à cet acte, c'est aussi ce que visent les partenaires. Il peut dans le cadre du port du préservatif être émotionnel ou sentimental.

· Le but émotionnel

A la recherche de davantage de plaisir, 64,4% d'adolescents-élèves n'utilisent pas le préservatif pendant l'acte sexuel.

<i>Très souvent, quand je veux avoir plus de plaisir, il est évident que je n'utilise pas le préservatif</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	150	64,4
Faux	83	35,6
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 46.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence du but émotionnel.

Source : Nos calculs

· Le but sentimental

Un adolescent-élève sur deux reconnaît qu'il peut facilement lui arriver d'avoir des rapports sexuels non protégés avec sa (ou son) partenaire juste pour lui prouver l'étendue de son amour. Toutefois, il importe de relever que, aussi forte qu'elle soit, l'influence des sentiments sur la décision de se protéger pendant l'acte sexuel est bien plus faible que celle de la recherche de plus de plaisir.

<i>Il peut facilement arriver qu'on ait des rapports sexuels non protégés avec son partenaire juste pour lui montrer l'étendue de l'amour qu'on éprouve pour lui/elle</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	114	50,7
Faux	111	49,3
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 47.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence du but sentimental.

Source : Nos calculs

· L'influence du but de l'action

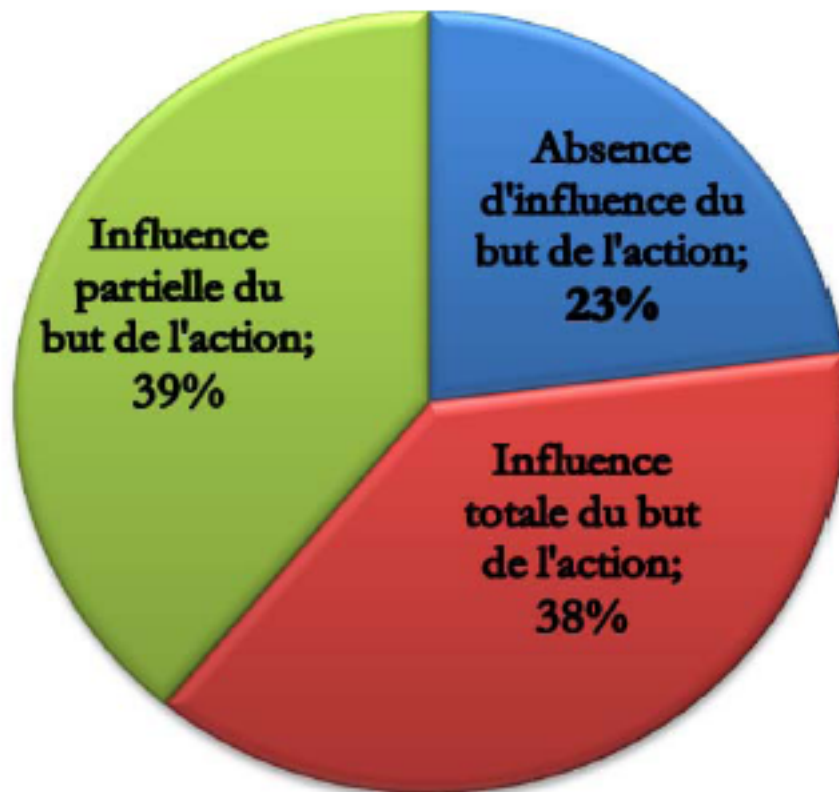
L'influence du but de l'action (émotionnel ou sentimental) sur la décision de ne pas porter le préservatif est obtenue par croisement de ses deux composantes. On peut avoir trois types d'influences du but de l'action : influence totale, partielle, ou inexistante.

Influence du but émotionnel / Influence du but sentimental	Vrai	Faux
Vrai	Influence du but de l'action : <b>Totale</b>	Influence du but de l'action : <b>Partielle</b>
Faux	Influence du but de l'action : <b>Partielle</b>	Influence du but de l'action : <b>Inexistante</b>

**Tableau 48.** Ventilation des différentes formes d'influences du but de l'action.

Sur la base de ce croisement, nous pouvons donc déterminer, pour chaque sujet, la façon dont le but de l'action influence la décision du port du préservatif.

Ainsi donc, comme la figure ci-dessous le montre, 38% d'adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels au cours du trimestre précédant la deuxième phase de l'enquête ont été influencés dans leur décision du port ou non du préservatif par le but de l'action, émotionnel et sentimental.



**Figure 25.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence du but de l'action.

### 5.3.3.5- L'inertie cognitive



L'inertie cognitive ici, désigne le fait que le cognitif ne joue aucun rôle pendant le déroulement de l'acte sexuel, c'est-à-dire n'influence pas l'action porter un préservatif. Elle peut être explicite ou implicite.

- L'inertie explicite

Après un rapport sexuel non protégé, il arrive à sept adolescents-élèves sur dix de regretter de ne s'être pas protégés, et de s'étonner de constater que l'idée du port du préservatif ne leur avait même pas effleuré l'esprit. Les hommes (77%) sont évidemment plus affectés par cette inertie que les femmes (65%).

<i>Très souvent, après un rapport sexuel non protégé, on regrette et l'impression qu'on a, est qu'on n'avait même pas pensé au préservatif</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	152	69,7
Faux	66	30,3
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 49.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence de l'inertie explicite.

Source : Nos calculs

- L'inertie implicite

Parmi les adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels au cours du trimestre précédant la deuxième phase, 34% estiment qu'il leur est très difficile de penser au préservatif pendant les rapports sexuels et de ne pas l'utiliser.

<i>Il est très difficile de penser au préservatif pendant les rapports sexuels et de ne pas l'utiliser</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	76	33,8
Faux	149	66,2
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 50.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence de l'inertie implicite.

Source : Nos calculs

- Influence de l'inertie cognitive

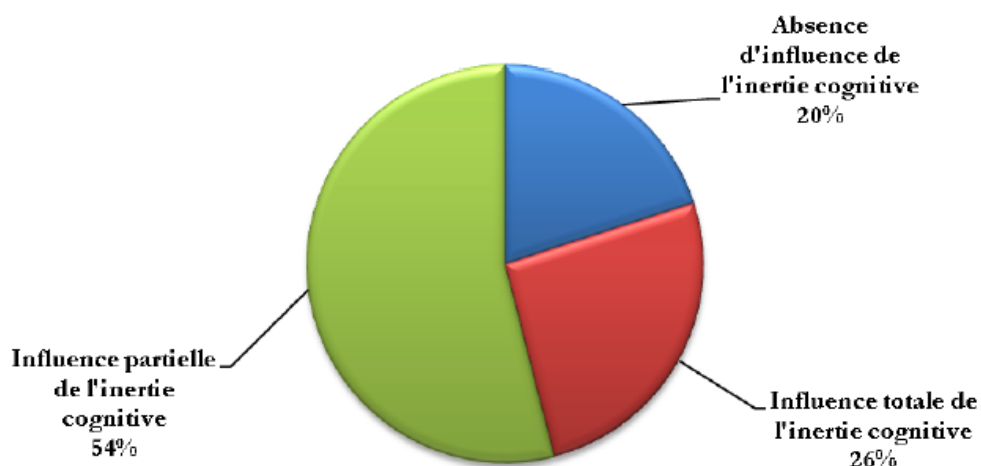
L'influence de l'inertie cognitive sur la décision de ne pas porter le préservatif est obtenue par croisement de ses deux composantes (inertie explicite et inertie implicite). On peut avoir trois types d'influences de l'inertie cognitive : influence totale, partielle, ou inexistante.

Influence de l'inertie explicite	Vrai	Faux
Influence de l'inertie implicite	Vrai	Faux
Vrai	Influence de l'inertie cognitive : <b>totale</b>	Influence de l'inertie cognitive : <b>partielle</b>
Faux	Influence de l'inertie cognitive : <b>partielle</b>	Influence de l'inertie cognitive : <b>inexistante</b>

**Tableau 51 . Ventilation des différentes formes d'influences de l'inertie cognitive.**

Sur la base de ce croisement, nous pouvons donc déterminer, pour chaque sujet, la façon dont l'inertie cognitive influence sa décision du port du préservatif.

Ainsi que le montre la figure 26, parmi les adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude, seulement deux sur dix n'ont pas été du tout influencés dans leur décision du port du préservatif par l'inertie cognitive.



**Figure 26 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence de l'inertie cognitive.**

### 5.3.3.6- La force de l'habitude

La force de l'habitude lorsqu'elle est rattachée au port du préservatif renvoie au pouvoir que la répétition exerce sur l'action porter un préservatif. Dans le cadre de cette recherche elle a été déclinée en deux composantes : le caractère obligatoire de l'action et l'incapacité à résister au partenaire.

- Le caractère obligatoire de l'action

Comme le montre le tableau 52, lorsqu'ils ont déjà eu plusieurs fois des rapports sexuels non protégés, 62,3% d'adolescents-élèves cèdent plus facilement à la tentation d'en avoir de nouveau, même s'ils venaient à envisager de porter un préservatif.

<i>Lorsqu'on a déjà eu plusieurs fois des rapports sexuels non protégés, on cède plus facilement à la tentation d'en avoir même si on envisage le port du préservatif</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	132	62,3
Faux	80	37,7
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 52.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence du caractère obligatoire de l'action.

Source : Nos calculs

· L'incapacité à résister au partenaire

L'habitude influence davantage la décision du port du préservatif lorsqu'il s'agit du (de la) même partenaire. En effet, 64,6% d'adolescents-élèves pensent que lorsqu'ils ont déjà eu des rapports sexuels non protégés, plusieurs fois avec le même partenaire, il leur est très difficile de résister à ses pressions lorsqu'il propose un rapport sexuel non protégé.

<i>Il est très difficile de résister à une proposition de rapport sexuel non protégé venant d'un partenaire avec qui on a déjà eu plusieurs fois des rapports sexuels non protégés</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	137	64,6
Faux	75	35,4
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 53.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence de l'incapacité à résister au partenaire.

Source : Nos calculs

· L'influence de la force de l'habitude

L'influence de la force de l'habitude sur la décision de ne pas porter le préservatif est obtenue par croisement de ses deux composantes que sont : le caractère obligatoire de l'action, et l'incapacité à résister au partenaire. Ainsi que relevé dans le tableau ci-dessous, cette influence peut être totale, partielle, ou tout simplement inexistante.

Caractère obligatoire de l'action	Vrai	Faux
Incapacité à résister au partenaire	Influence de la force de l'habitude : <b>Totale</b>	Influence de la force de l'habitude : <b>Partielle</b>
Vrai	Influence de la force de l'habitude : <b>Partielle</b>	Influence de la force de l'habitude : <b>Inexistante</b>
Faux		

**Tableau 54.** Ventilation des différentes formes d'influences de la force de l'habitude.

Sur la base du croisement ci-dessus, nous pouvons donc déterminer, pour chaque sujet, de quelle façon la force de l'habitude influence sa décision de porter le préservatif. Ainsi que le montre la figure 17, parmi les adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude, la moitié ont été totalement influencés par la force de l'habitude dans leur décision du port du préservatif.



**Figure 27.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence de la force de l'habitude.

### 5.3.3.7- La force de l'affectivité

La force de l'affectivité reliée au port du préservatif désigne le pouvoir qu'exercent sur l'action porter un préservatif les émotions (plaisir, déplaisir) et les sentiments (sensation, représentation de joie, peur, désir). Elle a été déclinée en deux composantes : l'émotion puissante et continue, et la passion amoureuse.

- Emotion puissante et continue

De l'avis de 62% d'adolescents-élèves, il est possible d'oublier de se protéger pendant l'acte sexuel lorsque le désir, le plaisir et l'envie sont trop forts et fréquents.

<i>Lorsque le désir, le plaisir et l'envie sont trop forts et fréquents, on peut oublier d'utiliser le préservatif</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	144	61,8
Faux	89	38,2
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 55.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence d'une émotion puissante et continue.

Source : Nos calculs

Passion amoureuse / Inclinaison très vive

Ainsi que le tableau 56 le montre, il est déjà arrivé à environ 52% d'adolescents-élèves de se laisser emporter par la passion amoureuse qui les étirent et d'oublier de ce fait d'utiliser le préservatif.

<i>Il est déjà arrivé que mon partenaire et moi nous laissons emporter par la passion amoureuse qui nous étirent et oublions de ce fait d'utiliser le préservatif</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	121	51,9
Faux	112	48,1
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 56.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence de la passion amoureuse.

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux (significatif à 5%) corrobore par ailleurs l'hypothèse d'une dépendance entre le sexe et le fait de ne pas se protéger par emportement amoureux. Les femmes (54%) seraient ainsi plus enclines que les hommes à avoir des rapports sexuels non protégés du fait de cet emportement amoureux.

Influence de la force de l'affectivité

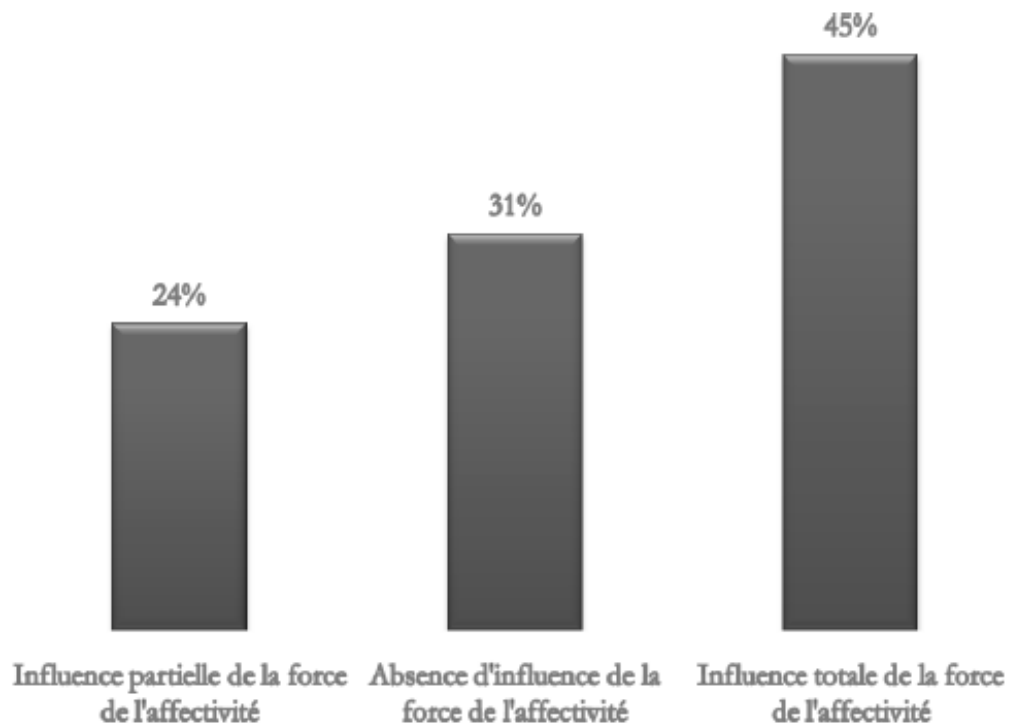
L'influence de la force de l'affectivité sur la décision de ne pas porter le préservatif est obtenue par croisement de ses deux composantes que sont : l'émotion puissante et continue, la passion amoureuse ou l'inclinaison très vive. Cette influence peut être totale, partielle, ou tout simplement inexistante.

Emotion puissante et continue Passion amoureuse / Inclinaison très vive	Vrai	Faux
Vrai	Influence de la force de l'affectivité : <b>Totale</b>	Influence de la force de l'affectivité : <b>Partielle</b>
Faux	Influence de la force de l'affectivité : <b>Partielle</b>	Influence de la force de l'affectivité : <b>Inexistante</b>

**Tableau 57.** Ventilation des différentes formes d'influences de la force de l'affectivité.

Sur la base de ce croisement, nous pouvons donc déterminer, pour chaque sujet, la façon dont il est influencé par la force de l'affectivité au moment de se décider sur le port du préservatif.

Comme la figure 28 le montre, parmi les adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels au cours du trimestre précédant la deuxième phase, 45% ont eu des rapports sexuels non protégés sous l'influence totale de la force de l'affectivité (émotion puissante et continue, et passion amoureuse).



**Figure 28.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence de la force de l'affectivité.

### 5.3.3.8- Les circonstances de l'action

Les circonstances de l'action porter un préservatif, renvoient à ce qui caractérise la situation présente (l'acte sexuel lui-même) ou à ce qui accompagne cet acte sexuel. Elles ont été déclinées en deux composantes : le moment, et la particularité de l'occasion.

Le moment

Comme le montre le tableau 58, environ 54% d'adolescents-élèves estiment que le port du préservatif dépend du moment.

<i>Le port du préservatif dépend le plus souvent du moment</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	126	53,6
Faux	109	46,4
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 58.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence du moment.

Source : Nos calculs

L'occasion particulière

A certaines occasions très précises (réussite à un examen, anniversaire, fêtes, balades et voyages romantiques, etc.), quatre adolescents-élèves environ sur dix ont constaté qu'ils avaient délibérément des rapports sexuels non protégés.

<i>J'ai constaté que j'ai délibérément des rapports sexuels non protégés à des occasions très précises (réussite à un examen, anniversaire, fêtes, balades et voyages romantiques, ...)</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	94	40,7
Faux	137	59,3
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 59.** Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence de la particularité de l'occasion.

Source : Nos calculs

Influence des circonstances de l'action

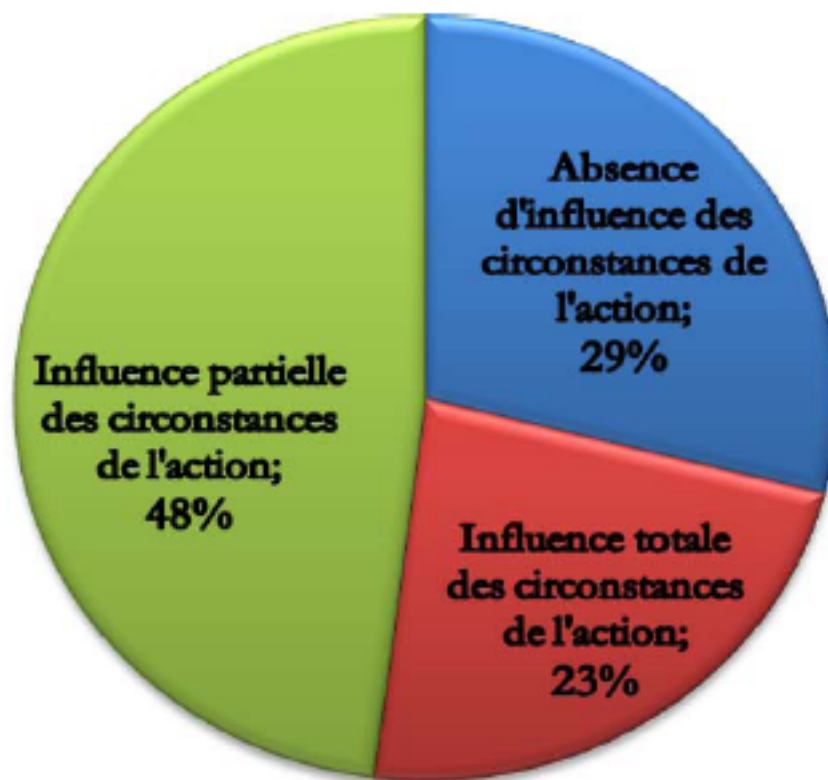
L'influence des circonstances de l'action sur la décision de ne pas porter le préservatif est obtenue par croisement de ses deux composantes que sont : le moment, et la particularité de l'occasion. Cette influence peut être totale, partielle, ou tout simplement inexistante.

<b>Moment</b> <b>Occasion particulière</b>	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>
<b>Vrai</b>	Influence des circonstances de l'action : <b>Totale</b>	Influence des circonstances de l'action : <b>Partielle</b>
<b>Faux</b>	Influence des circonstances de l'action : <b>Partielle</b>	Influence des circonstances de l'action : <b>Inexistante</b>

**Tableau 60.** Ventilation des différentes formes d'influences des circonstances de l'action.

Sur la base de ce croisement, nous pouvons donc déterminer, pour chaque sujet, la façon dont il est influencé par les circonstances de l'action dans sa décision du port du préservatif.

Ainsi que le montre la figure 29, parmi les adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels non protégés au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude, 23% sont totalement influencés par les circonstances de l'action.



*Figure 29 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence des circonstances de l'action.*

### **5.3.3.9- Les antécédents**

Les antécédents de l'action porter un préservatif renvoient aux actes passés liés à cette action. Nous pouvons distinguer les antécédents négatifs respectivement du préservatif et du rapport sexuel non protégé, de même que les antécédents positifs, mais nous préférons porter notre dévolu sur les antécédents négatifs qui peuvent le plus nous renseigner sur les résistances à l'usage du préservatif. .

#### **Antécédent négatif du préservatif**

Après que le préservatif mis soit percé ou tombé, quatre adolescents-élèves environ sur dix ne trouvent plus nécessaire d'en remettre la fois suivante.



<i>Après que le préservatif mis soit percé ou tombé, je ne trouve plus nécessaire d'en remettre la fois suivante</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	86	38,6
Faux	137	61,4
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 61 . Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence d'un antécédent négatif du préservatif.**

Source : Nos calculs

Antécédent négatif du rapport sexuel protégé

Très souvent, la décision d'avoir des rapports sexuels non protégés est motivée par des souvenirs et séquelles négatifs d'un rapport sexuel protégé. En effet, après avoir été insatisfaits (e) ou ressenti peu de plaisir suite à un rapport sexuel protégé, 54,8% d'adolescents-élèves ont conséquemment été dégoûtés par le préservatif, au point de ne plus l'envisager la prochaine fois.

<i>Suite à une insatisfaction due au port du préservatif, j'éprouve du dégoût pour le port du préservatif, et je n'envisage plus de le mettre la prochaine fois</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Vrai	125	54,8
Faux	103	45,2
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 62. Répartition des adolescents-élèves suivant l'influence d'un antécédent négatif du rapport sexuel.**

Source : Nos calculs

Influence des antécédents

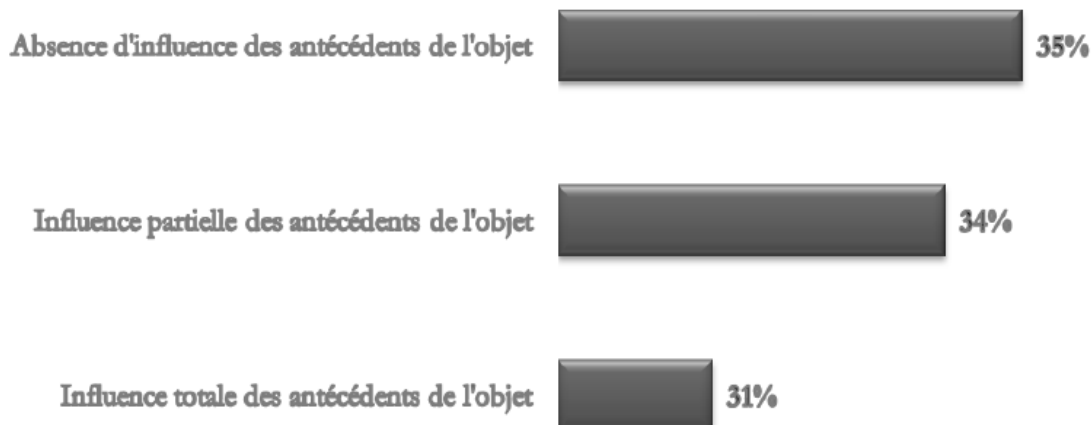
L'influence des antécédents (relatifs au port du préservatif) sur la décision de ne pas porter le préservatif est obtenue par croisement de ses deux composantes que sont : les antécédents négatifs du préservatif, et les antécédents négatifs du rapport sexuel non protégé. Cette influence peut être totale, partielle, ou tout simplement inexistante.

<b>Antécédent négatif du préservatif</b>	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>
<b>Antécédent négatif du rapport sexuel protégé</b>		
<b>Vrai</b>	Influence des antécédents de l'objet : <b>Totale</b>	Influence des antécédents de l'objet : <b>Partielle</b>
<b>Faux</b>	Influence des antécédents de l'objet : <b>Partielle</b>	Influence des antécédents de l'objet : <b>Inexistante</b>

**Tableau 63 . Ventilation des différentes formes d'influences des antécédents de l'objet.**

Sur la base de ce croisement, nous pouvons donc déterminer, pour chaque sujet, la façon dont il subit l'influence des antécédents de l'objet au moment de se décider sur le port du préservatif.

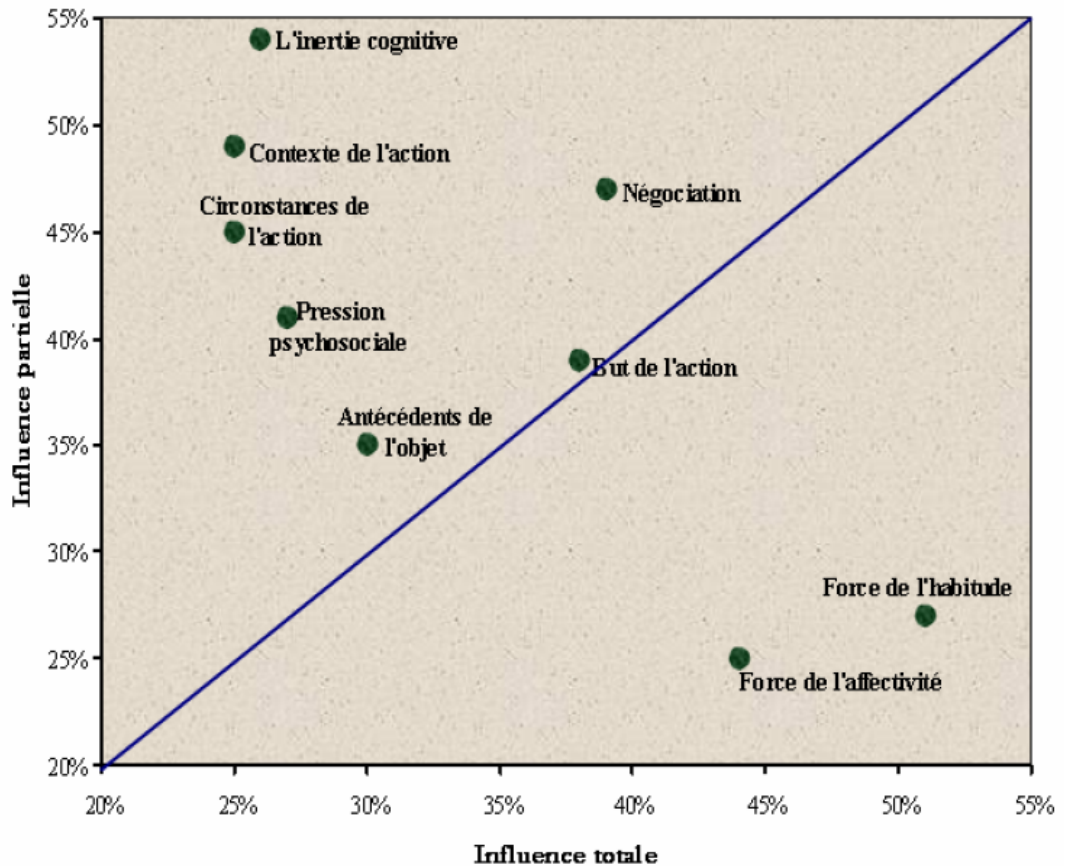
Ainsi que le montre notamment la figure 30, environ trois adolescents-élèves sur dix ont été totalement influencés dans leur décision du port du préservatif par les antécédents de l'objet (préservatif).



**Figure 30 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'influence des antécédents de l'objet.**

### **5.3.3.10- Récapitulatif des variables de résistance au port du préservatif**

La figure 31 récapitule l'influence des différentes variables qui incitent les adolescents-élèves à avoir des rapports sexuels non protégés.



**Figure 31 .** Distribution comparée des variables de résistance au port du préservatif en fonction de leur influence.

Le score retenu pour mesurer l'influence totale (ou partielle) d'une variable (telle que visible sur la figure 31) n'est rien d'autre que la proportion d'adolescents-élèves influencés totalement (ou partiellement) par cette variable sur leur décision de ne pas se protéger pendant les rapports sexuels.

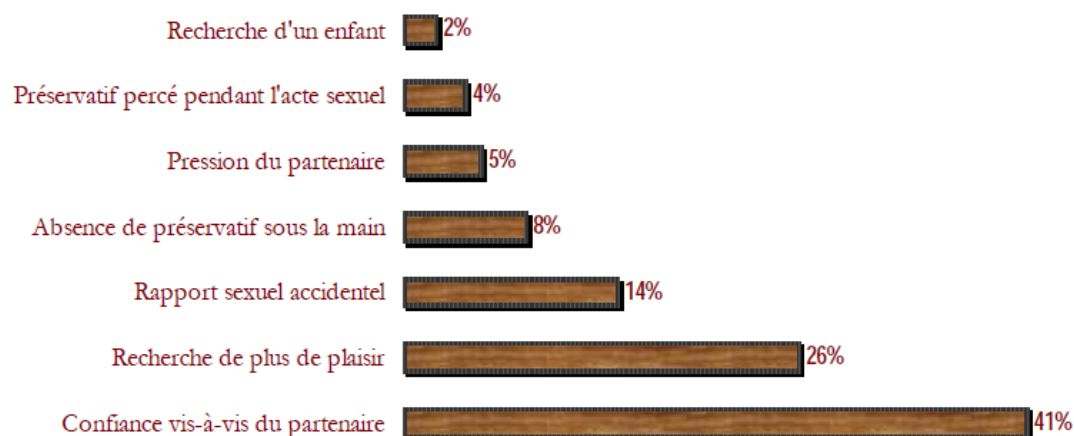
Au regard de la figure 31, on constate que de toutes les variables "supposées" de résistance au port du préservatif, la « force de l'affectivité » et la « force de l'habitude » sont les seules qui présentent une influence totale largement supérieure à l'influence partielle. Cela revient à dire que de toutes les variables "supposées" de résistance au port du préservatif, les deux variables les plus influentes sont la « force de l'affectivité » et la « force de l'habitude ». L'influence de la « force de l'habitude » est totale sur plus de 50% des sujets interrogés, tandis que celle de la « force de l'affectivité » l'est sur environ 45% de ceux-ci. D'autre part, le « but de l'action » influence totalement autant de sujets qu'elle n'en influence partiellement.

### 5.3.4- Raisons du comportement sexuel antérieur

Nous nous sommes enquis auprès des adolescents-élèves des raisons qui ont motivé leur comportement sexuel au cours des trois mois passés (c'est-à-dire au cours des trois mois qui ont suivi la première phase).

#### 5.3.4.1- Rapports sexuels non protégés au cours des trois derniers mois

Ainsi qu'on peut le constater sur la figure 32, plusieurs raisons ont justifié la pratique de rapports sexuels non protégés au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude.

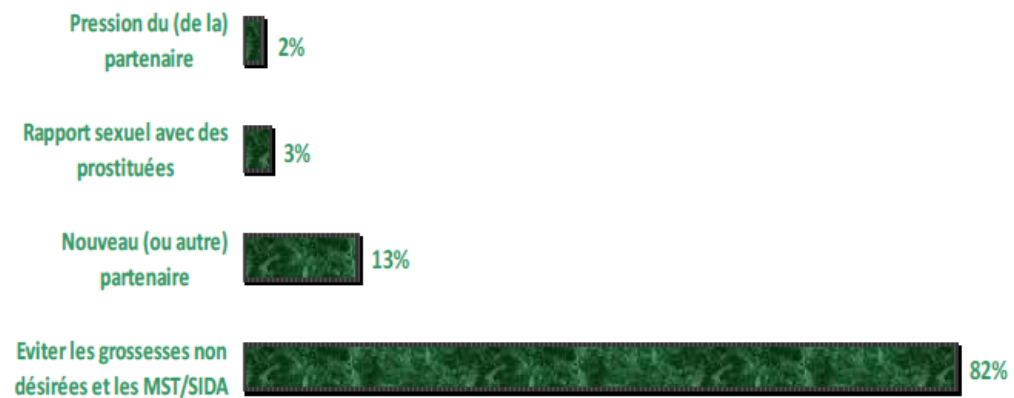


**Figure 32.** Raisons de la pratique de rapports sexuels non protégés au cours des trois derniers mois.

La raison majeure est la confiance vis-à-vis du partenaire. En effet, 41% d'adolescents-élèves déclarent avoir eu des rapports sexuels non protégés simplement parce qu'ils avaient confiance en leur partenaire. D'autres adolescents-élèves par contre (26%) déclarent avoir eu des rapports sexuels non protégés juste parce qu'ils recherchaient plus de plaisir. Les rapports sexuels accidentels (coups de foudre, rapports sexuels à l'occasion des fêtes, etc.) ont souvent été non protégés, de l'avis de 14% des adolescents-élèves. Certaines raisons marginales telles que l'absence de préservatif sous la main (8%), ou la pression du partenaire (5%) justifient quelques fois la pratique de rapports sexuels non protégés.

#### 5.3.4.2- Rapports sexuels protégés au cours des trois derniers mois

Parmi les adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude, 48% n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé. Nous nous sommes donc intéressé aux raisons pour lesquelles ils l'ont fait. La figure ci-dessous ressort ces raisons par ordre croissant d'influence.

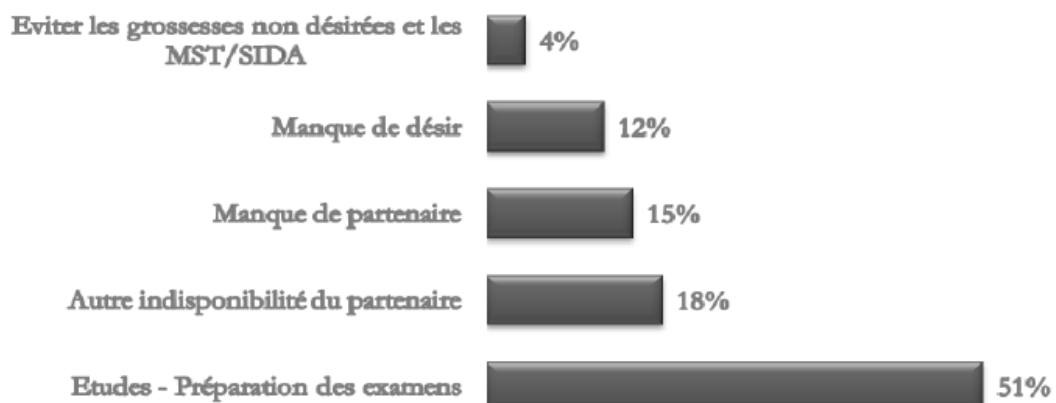


**Figure 33.** Raisons de la pratique de rapports sexuels protégés au cours des trois derniers mois.

82% d'adolescents-élèves qui ont eu des rapports sexuels protégés au cours des trois derniers mois l'ont fait dans le but d'éviter des Maladies Sexuellement Transmissibles ou des grossesses non désirées. Certains adolescents-élèves (13%) se sont protégés par méfiance vis-à-vis d'un nouveau partenaire, ou d'un partenaire secondaire avec qui ils ont eu un rapport sexuel par infidélité à leur partenaire titulaire.

#### 5.3.4.3- Absence de rapports sexuels au cours des trois derniers mois

Nous nous sommes également posé la question de savoir quelles sont les raisons pour lesquelles 26% des adolescents-élèves n'ont pas eu de rapports sexuels au cours des trois mois précédant la deuxième phase. Un de ces adolescents-élèves sur deux déclare s'être abstenu pendant ces trois mois pour se concentrer sur ses études, et en l'occurrence sur la préparation des examens. Beaucoup moins rassurant, seulement 4% d'entre eux se sont abstenus pour éviter les grossesses non désirées et les Maladies Sexuellement Transmissibles et le Sida. L'indisponibilité du partenaire (éloignement de celui-ci, grossesse, etc.) est la raison pour laquelle 18% des adolescents-élèves (qui n'ont eu aucun rapport sexuel au cours des trois mois) se sont abstenus. Le manque de partenaire (15%) et le manque de désir (12%) sont autant d'autres raisons qui ont été évoquées pour justifier l'abstinence sexuelle au cours des trois mois précédant la deuxième phase de notre étude.



**Figure 34.** Raisons de l'absence de rapports sexuels au cours des trois derniers mois.

## **5.4- Confrontation des résultats des deux phases de l'étude.**

---

Dans cette partie, nous confronterons les résultats des phases 1 et 2, afin, notamment, d'esquisser les premières tendances en vue de répondre à la question de recherche. Cette confrontation n'est nécessaire que pour des résultats pertinents pour la suite de l'étude. Ainsi présenterons-nous, dans un premier temps, l'évolution du comportement sexuel entre les deux phases. Nous croiserons ensuite les intentions observées à la première phase au comportement sexuel effectif observé à la deuxième phase. Les sujets sexuellement actifs (au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude) sont divisés en deux groupes : ceux qui ont eu au moins un rapport sexuel non protégé, et ceux qui n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé du tout.

### **5.4.1- Evolution du comportement sexuel (port du préservatif) entre les deux phases de l'étude.**

Entre les deux phases de l'étude, la proportion d'adolescents-élèves ayant eu plus de dix rapports sexuels non protégés (au cours des trois mois précédant l'enquête) est passée de 3% à 5%. Plus révélateur, le nombre moyen de rapports sexuels non protégés par trimestre est passé de 1 à 1,3 en trois mois (Cette moyenne prend également en compte les individus n'ayant eu aucun rapport sexuel au cours du trimestre considéré). Alors qu'ils étaient 30% à déclarer, pendant la première phase de l'étude, avoir eu des rapports sexuels non protégés au cours des trois mois précédents, ils sont désormais 39% d'adolescents-élèves à déclarer avoir eu des rapports sexuels non protégés au cours des trois mois précédant la deuxième phase. Ainsi, 21% d'adolescents-élèves sexuellement actifs, mais qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels non protégés, se sont initiés aux rapports sexuels non protégés au cours des trois mois séparant les deux phases de l'enquête. Tout porte à croire que les bonnes intentions en matière de port du préservatif pendant les trois mois à venir exprimées par les adolescents-élèves au cours de la première phase n'ont pas été concrétisées. Mais nous reviendrons en profondeur sur cet aspect dans les tests d'hypothèses de recherche.

### **5.4.2- Attitude envers le préservatif (phase 1) et comportement sexuel effectif (phase 2).**

Nous avons croisé l'attitude envers le port du préservatif (à la première phase) et le comportement sexuel effectif (à la deuxième phase), en vue de voir si l'attitude a été statistiquement conforme au comportement sexuel effectif du participant. On constate alors que 77% des adolescents-élèves ayant une attitude non conforme envers le port du préservatif n'ont paradoxalement eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase. Ce résultat est justifié par le test du khi-deux, selon lequel la dépendance entre l'attitude envers le port du préservatif (à la première phase) et le comportement sexuel effectif (à la deuxième phase) n'est pas statistiquement significative. Ainsi, environ 34% d'adolescents-élèves ayant par ailleurs une attitude conforme vis-à-vis du port du préservatif ont pourtant eu des rapports sexuels non protégés au cours des trois mois précédant la deuxième phase.

Attitude \ Décision	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
défavorable	3	10	13
Neutre	12	20	32
favorable	115	182	297
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>212</b>	<b>342</b>
Khi-deux de Pearson	1,297 (non significatif)		

**Tableau 64.** Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'attitude envers le port du préservatif et le comportement sexuel effectif.

Source : Nos calculs

On conclut donc que les adolescents-élèves ont adopté un comportement sexuel statistiquement « opposé » à l'attitude qu'ils avaient annoncée au cours de la première phase.

#### 5.4.3- Normes subjectives envers le préservatif (phase 1) et comportement sexuel effectif (phase 2).

Nous avons croisé les normes subjectives envers le préservatif (à la première phase) et le comportement sexuel effectif (à la deuxième phase), en vue de voir si les normes subjectives ont été statistiquement conformes au comportement sexuel effectif du participant. On constate alors que 58% des adolescents-élèves ayant des normes subjectives non conformes envers le port du préservatif n'ont paradoxalement eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase. Ce résultat est justifié par le test du khi-deux, selon lequel la dépendance entre les normes subjectives envers le port du préservatif (à la première phase) et le comportement sexuel effectif (à la deuxième phase) n'est pas statistiquement significative. Ainsi, environ quatre adolescents-élèves sur dix ayant par ailleurs des normes subjectives non conformes vis-à-vis du port du préservatif ont pourtant eu des rapports sexuels non protégés au cours des trois mois précédant la deuxième phase.

normes subjectives \ Décision	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Non conforme	8	11	19
Neutre	5	16	21
Conforme	117	185	302
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>212</b>	<b>342</b>
Khi-deux de Pearson	2,001 (non significatif)		

**Tableau 65.** Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction des normes subjectives envers le port du préservatif et le comportement sexuel effectif.

Source : Nos calculs

On conclut donc que les adolescents-élèves ont adopté un comportement sexuel statistiquement « opposé » aux normes subjectives qui étaient les leurs vis-à-vis du port du préservatif, telles qu'annoncées au cours de la première phase.

#### 5.4.4- Contrôle comportemental perçu envers le préservatif (phase 1) et comportement sexuel effectif (phase 2).

Nous avons croisé le contrôle comportemental perçu sur le port du préservatif (à la première phase) et le comportement sexuel effectif (à la deuxième phase), en vue de voir si le contrôle comportemental perçu a été statistiquement conforme au comportement sexuel effectif du sujet. On constate alors que 72% des adolescents-élèves ayant un contrôle comportemental perçu inefficace sur le port du préservatif n'ont paradoxalement eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase. Ce résultat est justifié par le test du khi-deux, selon lequel la dépendance entre le contrôle comportemental perçu envers le port du préservatif (à la première phase) et le comportement sexuel effectif (à la deuxième phase) n'est pas statistiquement significative. Ainsi, environ quatre adolescents-élèves sur dix ayant par ailleurs un contrôle comportemental perçu effectif vis-à-vis du port du préservatif ont pourtant eu des rapports sexuels non protégés au cours des trois mois précédant la deuxième phase.

Décision Contrôle comportemental perçu	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
ineffectif	5	13	18
Neutre	13	23	36
effectif	112	176	288
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>212</b>	<b>342</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>0,949 (non significatif)</b>		

**Tableau 66.** Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction du contrôle comportemental perçu envers le port du préservatif et le comportement sexuel effectif.

Source : Nos calculs

On conclut donc que les adolescents-élèves ont adopté un comportement sexuel statistiquement « opposé » au contrôle comportemental perçu exprimé vis-à-vis du port du préservatif, tel qu'annoncé au cours de la première phase

#### 5.4.5- Intentions du port du préservatif (phase 1) et comportement sexuel effectif (phase 2).

Nous avons croisé l'intention du port du préservatif (à la première phase) et le comportement sexuel effectif (à la deuxième phase), en vue de voir si cette intention a été statistiquement conforme au comportement sexuel effectif du sujet. On constate ainsi que 25% des adolescents-élèves ayant une intention pourtant défavorable vis-à-vis du port du préservatif n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase.



Décision Intention	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
défavorable	4	16	20
Neutre	12	10	22
favorable	114	186	300
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>212</b>	<b>342</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>5,306*</b>		

**Tableau 67.** Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'intention du port du préservatif et le comportement sexuel effectif.

Source : Nos calculs

D'une manière générale, l'intention est statistiquement conforme au comportement sexuel effectif. En effet, un test de khi-deux corrobore, au seuil de 10%, l'hypothèse d'une dépendance entre l'intention de porter le préservatif (première phase) et le fait d'en porter effectivement (deuxième phase). Ainsi, 62% des adolescents-élèves ayant l'intention de se protéger au cours des trois mois précédant la deuxième phase ont tenu à leur engagement. Ceux qui étaient indécis au sujet du port du préservatif au cours de cette période sont équitablement distribués au regard de leur comportement sexuel effectif, dans la mesure où ils ont de moitié eu des rapports sexuels protégés, et l'autre moitié n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé. Les adolescents-élèves ont donc adopté un comportement sexuel statistiquement « conforme » à leurs intentions telles qu'annoncées à la première phase.

La théorie de l'action planifiée d'Ajzen (1991) est applicable au comportement sexuel. L'acte « porter un préservatif » lorsqu'il est chargé d'une intention favorable a 62% de chance d'être réalisé. L'intention devient dès lors une variable extrêmement importante dans la prédiction du type de rapport sexuel (protégé ou non protégé) et devient ainsi une vraie arme dans la lutte contre le VIH/Sida, dans la mesure où il suffira de modérer les adolescents de manière à ce qu'ils aient de bonnes intentions pour espérer d'eux une protection. Il nous a semblé toutefois important d'identifier les facteurs et variables qui ont conduit 38% d'adolescents-élèves ayant par ailleurs des intentions favorables à la protection à adopter des comportements non préventifs. C'est tout l'objet de la partie suivante, dont le but est de voir s'il n'y a pas eu des facteurs « de résistance au changement » qui auraient « détourné » les adolescents-élèves de leurs intentions d'origine.

Dans la suite de notre travail, nous analyserons la significativité statistique des facteurs « présomptifs » qui auraient pu anéantir les « bonnes intentions » des adolescents-élèves en matière de port de préservatif (telles qu'exprimées au cours de la première phase de l'étude). Autrement dit, cela revient à tester les neuf hypothèses opérationnelles de recherche formulées en tout début de recherche.

## Chapitre 6 : Analyse, interprétation et discussion des résultats.

Une fois les résultats de notre investigation recueillis, nous devons les mettre en perspective en les reliant au problème étudié et à l'hypothèse formulée au départ : c'est l'étape

de l'analyse des résultats. Cette étape franchie, il faut ensuite interpréter ces résultats, c'est-à-dire faire le rapport entre l'analyse des données, la problématique et le champ d'investigation au sein duquel la recherche s'est développée. Interpréter nos résultats, c'est en fait énoncer les conséquences théoriques et établir les avenues de recherche suggérées par nos résultats. La discussion vient couronner le débat en apportant des précisions sur les spécificités scientifiques de nos résultats. Ce chapitre n'a d'autres objectifs que de « faire parler » les résultats et d'en livrer leur sens dans le contexte de la théorie de l'action planifiée, du changement et de la résistance au changement de comportement. Il accorde une attention sans égale à de nouvelles pistes de recherche suscitées par les résultats de l'étude.

## **6.1- Analyse et interprétation des résultats**

---

Cette partie combine analyse et interprétation pour des raisons de précisions et de rigueur, dans la mesure où nos résultats portent sur une problématique qui relève d'une démonstration, nous jugeons utile pour plus de clarté et d'objectivité de les combiner sans toutefois les confondre. Dans cette optique, chaque analyse sera suivie directement d'une interprétation.

### **6.1.1- Influence des variables présumées de résistance au port du préservatif sur la décision du port du préservatif.**

Au cours de la deuxième phase de l'étude, 38% d'adolescents-élèves ont déclaré avoir eu au moins un rapport sexuel non protégé. Parmi les adolescents-élèves ayant eu des rapports sexuels au cours des trois mois précédant la deuxième, 51% déclarent n'avoir pas utilisé un préservatif. Dans cette partie, nous allons étudier exclusivement les éventuelles corrélations entre l'intention des adolescents-élèves vis-à-vis du port du préservatif au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude et l'influence qu'auraient eu, sur eux, les variables supposées de résistance au port du préservatif. Toutes les analyses ci-dessous portent sur les participants ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude. Il ne pourrait d'ailleurs en être autrement, puisque les données portant sur l'influence des variables supposées de résistance au changement n'ont été collectées que sur les participants ayant eu au moins un rapport sexuel au cours des trois mois qui ont suivi la deuxième phase.

#### **6.1.1.1- Décision du port du préservatif et pression psychosociale**

Un test du khi-deux confirme l'influence de la pression psychosociale sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Ainsi, seulement 23% des adolescents-élèves subissant par ailleurs une influence totale de la pression psychosociale n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude. A l'inverse, 72% des adolescents-élèves ne subissant pas l'influence de la pression psychosociale déclarent n'avoir eu aucun rapport sexuel non protégé.

Décision / Pression psychosociale	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Influence Totale	45	14	59
Influence partielle	48	40	88
Influence Inexistante	19	50	69
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>104</b>	<b>216</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>30,689 ***</b>		

**Tableau 68** .Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence de la pression psychosociale et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la deuxième phase.

Source : Nos calculs

De la lecture du tableau ci-dessus, il est clair que la pression psychosociale exerce une influence incontestable sur la décision de porter un préservatif. En effet, l'acte «porter un préservatif» a une dimension individuelle et une dimension psychosociale. Les individus au départ portent le préservatif pour se protéger, mais par la suite, pour protéger leur partenaire ou se protéger de leur partenaire. Cette situation génère des pressions interindividuelles, dans la mesure où l'acte « porter un préservatif » dans ce contexte ne peut se faire sans influence.

Des recherches de psychologie sociale, notamment celles de Kirkendall et Libby (1996) s'attachent prioritairement à démontrer le parallèle entre relations sociales et relations sexuelles. Dans cette perspective fondée sur la théorie de l'interaction, l'acte sexuel est une forme aiguë d'interaction sociale. Toute interaction sociale est basée sur un objet. Autrement dit, il n'y a pas d'interaction sans objet. Dans le cas de l'acte sexuel dans une perspective préventive, l'objet, c'est le préservatif. D'où la nécessité dans toute tentative d'explication de la décision du port du préservatif de mettre l'accent sur les deux types de rapport (le rapport de l'individu à l'objet ; le rapport entre un individu et un autre) qui facilitent la production de l'acte sexuel.

L'influence, comme le soulignaient Moscovici (1984) et De Montmollin (1984), décrit l'acte social. Elle implique de ce fait un rapport de force entre les différents protagonistes. En effet, les partenaires sexuels se font des pressions réciproques (exercée ou subie) pour s'approprier, contrôler, maîtriser ou orienter le port du préservatif. Cette relation est purement et simplement inégalitaire. L'inégalité, ici, s'explique par le fait que l'un des partenaires est dominant ou psychologiquement majoritaire, et l'autre partenaire est dominé ou psychologiquement minoritaire. Nos résultats montrent que les adolescentes subissent plus l'influence qu'elles ne l'exercent. Nous pouvons comprendre que leur vulnérabilité aux MST en général et au VIH/Sida en particulier est redevable à leur statut minoritaire dans la relation au port du préservatif.

### 6.1.1.2- Décision du port du préservatif et contexte de l'action

Un test du khi-deux confirme, avec une assurance de 99%, l'influence du contexte de l'action sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Ainsi, seulement 20% des adolescents-élèves subissant par ailleurs une influence totale du contexte de l'action n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude.

A l'inverse, 70% des adolescents-élèves ne subissant pas l'influence du contexte de l'action n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé.

Décision \ Contexte de l'action	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Influence Totale	43	11	54
Influence partielle	51	43	94
Influence Inexistante	15	36	51
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>90</b>	<b>199</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>26,720***</b>		

**Tableau 69** .Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence du contexte de l'action et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la deuxième phase.

Source : Nos calculs

De l'examen du tableau 69, il ressort que le contexte dans lequel se produit l'acte sexuel exerce une influence sur la décision du port du préservatif. Le port du préservatif est lié aux éléments du moment et du milieu. Les adolescents ont plus de rapports sexuels non protégés quand dans leur couple, il y a la paix, la joie, l'harmonie que lorsqu'il y a un conflit. La perspective psychoécologique permettrait déjà de constater que le comportement humain en général est fonction du milieu et du moment. Le contexte dans lequel se déroule l'acte sexuel est très déterminant dans la mesure où les adolescents pendant les moments d'émotion (anniversaire, réussite à un examen, succès à un concours) sont plus émotifs. L'acte sexuel étant un acte émotionnel, le non port du préservatif peut être dû au fait que ces derniers ne contrôlent plus leur état sur-émotionnel.

Evans et Stoddart (1994) ont identifié de multiples facteurs, parmi lesquels le contexte, qui exerceraient une influence sur le comportement de santé. D'une manière générale, les contextualistes dans de nombreuses recherches ont montré que le contexte jouait un rôle fondamental dans les choix comportementaux. Cette perspective donne aux éléments cognitifs un rôle relativement modeste dans le comportement de santé. La prévention au VIH/Sida par le port du préservatif comme le montrent nos résultats n'est plus fonction du dispositif cognitif ou mental y relatif mais du contexte.

### 6.1.1.3- Décision du port du préservatif et négociation

Un test du khi-deux rejette formellement l'hypothèse d'une influence de la négociation sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Cette indépendance est ainsi traduite, notamment, par le fait que 55% des adolescents-élèves qui ne subissaient pourtant aucune influence de la négociation ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés.

Décision \ Négociation	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Influence Totale	48	36	84
Influence partielle	57	45	102
Influence Inexistante	16	13	29
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>94</b>	<b>215</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>0,046</b>		

**Tableau 70** .Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence de la négociation et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la deuxième phase.

Source : Nos calculs

A priori, la négociation n'est donc pas un facteur "pertinent" d'influence de la décision de port du préservatif. Nous n'avons cependant aucune raison de croire que la négociation ne sera pas un facteur "pertinent" de résistance au port du préservatif. Cette hypothèse sera, entre autres, testée dans la partie suivante.

La relation sociale est sans aucun doute conflictuelle. L'assurance de la majorité psychologique ne se fait pas sans conflit. Et le conflit est toujours négocié pour l'équilibre interpersonnel. Dire que la négociation ou mieux encore la qualité de la négociation et la recherche du consensus n'exercent aucune influence sur le choix du port du préservatif pendant l'acte sexuel, c'est dire que la décision du port du préservatif est marginale et insignifiante pendant les rapports sexuels. Les adolescents-élèves peuvent se livrer autant à l'acte sexuel protégé qu'à l'acte sexuel non protégé sans éprouver un quelconque malaise, dans la mesure où le choix de l'objet ne génère aucun conflit puisque s'il n'y a pas négociation, c'est dire qu'il n'y a pas eu conflit, car c'est le conflit qui entraîne une négociation.

Moscovici (1984) définissait la psychologie sociale comme la science du conflit. Pour cet auteur, il est clair que les protagonistes d'une relation dans certaines situations ne soient pas en accord. C'est ce désaccord qui doit générer le conflit et ce conflit doit être négocié. Nos résultats réfutent cette thèse et montrent plutôt qu'il y a des relations (les relations sexuelles) qui ne génèrent pas de conflit. Il faut aussi comprendre que la relation sexuelle se négocie au départ avant que les partenaires ne se posent en situation d'acte sexuel. C'est cette pré-négociation qui peut l'épargner de tout conflit. Les conflits dans les relations sexuelles sont identifiés exclusivement dans le cas des viols. Or, nos participants n'ont signalé aucun cas de viol ou de violences sexuelles.

#### 6.1.1.4- Décision du port du préservatif et but de l'action

Un test du khi-deux confirme, au risque de 5%, l'influence du but de l'action sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Ainsi, seulement 37% des adolescents-élèves subissant par ailleurs une influence totale du but de l'action n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude.

Décision \ But de l'action	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Influence Totale	53	32	85
Influence partielle	44	42	86
Influence Inexistante	21	31	52
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>105</b>	<b>223</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>6,422**</b>		

**Tableau 71** . Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence du but de l'action et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la deuxième phase.

Source : Nos calculs

Rappelons toutefois que l'influence du but de l'action, au regard du seul test de khi-deux (comparaison des risques de première espèce), est plus faible que celle de la pression psychosociale ou du contexte de l'action.

A la lumière de ces résultats, le but de l'action exerce une influence significative sur la décision de porter un préservatif pendant les rapports sexuels. Cette significativité se justifie par le fait que consciemment ou inconsciemment chaque rapport sexuel a un but. La finalité du rapport sexuel est généralement, le plaisir qu'il procure. Si à la fin du rapport sexuel, il n'y avait pas cette satisfaction, plusieurs adolescents n'auraient pas eu de rapports sexuels. Ils ont déclaré pour la plupart avoir des rapports sexuels non protégés pour la simple raison d'espérer avoir plus de plaisir. C'est donc pour des buts émotionnels et sentimentaux parce qu'ils veulent exprimer ce qu'ils ressentent (la sensation qui les oriente vers l'autre) que les adolescents ont eu des rapports sexuels non protégés.

Bandura et Cervone (1983) ont montré que les buts exerçaient une influence sur les performances des individus. Dans certains cas de figure, ils se convertiraient en motivations. Dans le cas de la prévention au VIH/Sida, les motivations qui peuvent conduire à la résistance au port du préservatif sont le plaisir, la procréation, qui sont parfois plus décisifs que les dangers auxquels ils exposent les adolescents. Les adolescents déclarent avoir des rapports sexuels non protégés pour parvenir à la plénitude sexuelle et pour exprimer leurs sentiments. On peut dès lors penser que le risque de perdre un partenaire est plus élevé que celui d'avoir des rapports sexuels non protégés avec celui-ci.

#### **6.1.1.5- Décision du port du préservatif et inertie cognitive.**

Un test du khi-deux confirme, au risque de 1%, l'influence de l'inertie cognitive sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Ainsi, seulement 22% des adolescents-élèves subissant par ailleurs une influence totale de l'inertie cognitive n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude.

Décision / Inertie cognitive	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Influence Totale	42	12	54
Influence partielle	55	59	114
Influence Inexistante	23	20	43
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>91</b>	<b>211</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>13,281****</b>		

**Tableau 72.** Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence de l'inertie cognitive et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la deuxième phase.

Source : Nos calculs

L'inertie cognitive d'après le tableau ci-dessus influence la décision du port de préservatif chez les adolescents-élèves. En d'autres termes, lorsque les adolescents cessent de penser aux préservatifs, ils cessent ainsi de l'utiliser. Dans la majorité des cas, les adolescents qui ont eu des rapports sexuels non protégés affirment n'avoir pas pensé au préservatif pendant l'acte sexuel. Chaque individu a une double tendance : rationnelle et irrationnelle. Tout laisse penser que pendant l'acte sexuel, c'est la tendance irrationnelle qui assure le fonctionnement humain.

Dörner (1986), dans son modèle de passage de l'intention à l'action, a montré que l'activité cognitive était régulée en fonction du temps. En effet, Dörner à partir de ses résultats a proposé un modèle de régulation temporelle de l'activité cognitive. La structure en mémoire par exemple d'une intention et sa mise en acte peut varier au cours de la réalisation de la tâche. C'est dans ce processus de variation que peut intervenir l'inertie cognitive. Si le sujet se laisse emporter par l'affectif, la participation du cognitif peut être minimisée. Il existe à proprement parler un fonctionnement dynamique et inégalitaire entre le registre affectif et le registre cognitif. L'acte sexuel dans le cadre de la prévention par le port du préservatif est cognitif mais également affectif (émotionnel, sentimental) car il suscite du plaisir et des sensations. L'inertie cognitive intervient quand le principe de plaisir étend son pouvoir sur le principe de réalité.

### 6.1.1.6- Décision du port du préservatif et force de l'habitude.

Un test du khi-deux rejette formellement l'hypothèse d'une influence de la force de l'habitude sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Cette indépendance – entre la force de l'habitude et la décision de se protéger – est ainsi traduite, notamment, par le fait qu'une forte majorité d'adolescents-élèves (56%) qui ne subissaient pourtant aucune influence de la force de l'habitude ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés. Bref, ainsi que le ressort le tableau 73 ci-dessous, la distribution des adolescents-élèves en fonction de la décision de se protéger au cours des trois mois précédant la deuxième phase semble ne pas dépendre de l'influence de la force de l'habitude.

Décision \ Force de l'habitude	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Influence Totale	58	45	103
Influence partielle	31	25	56
Influence Inexistante	26	20	46
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>90</b>	<b>205</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>0,018</b>		

**Tableau 73 . Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence de la force de l'habitude et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la deuxième phase.**

Source : Nos calculs

Le tableau ci-dessus laisse penser que les adolescents ne sont pas influencés dans leur décision de porter un préservatif par la force de l'habitude. Les résultats indiquent d'une manière générale que ce n'est pas parce qu'on est habitué à un partenaire ou au rapport sexuel protégé ou non protégé qu'on décide de porter ou de ne pas porter un préservatif une prochaine fois. On peut dès lors penser que la décision de porter ou non un préservatif est accidentelle ou encore occasionnelle ou mieux encore spontanée.

Ces résultats sont contraires à ceux de Triandis (1977). En effet, cet auteur dans le but d'améliorer ou mieux de compléter la théorie de l'action raisonnée, avait proposé la théorie des comportements interpersonnels. Dans son modèle, il accordait une priorité à l'influence de l'habitude dans la production d'une action. Il pensait que la raison était insuffisante, il fallait lui ajouter l'habitude. L'habitude est pour lui une variable très déterminante. Il est parfois possible de penser comme un bon nombre de psychanalystes que l'habitude sexuelle est caractérisée par la satisfaction de désir sexuel, dont la force, l'intensité et

la qualité joueraient un rôle incontestable dans la consolidation et la récurrence de l'acte sexuel, dans la mesure où en s'habituant l'organisme économise son attention.

Il est vraiment très difficile de croire que l'habitude n'a aucune influence sur l'acte sexuel futur. Il serait peut-être possible de penser que le port du préservatif n'a aucun lien avec l'habitude, dans la mesure où, il est toujours difficile pour les adolescents de contrôler l'activité sexuelle de leurs partenaires. C'est peut-être la raison pour laquelle, même après avoir eu un acte sexuel non protégé avec un partenaire, ils jugent utile de se protéger au cours de la prochaine fois.

#### **6.1.1.7- Décision du port du préservatif et force de l'affectivité.**

A l'inverse de la force de l'habitude, un test du khi-deux confirme, avec une probabilité de 99%, l'influence de la force de l'affectivité sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Ainsi, 26% seulement d'adolescents-élèves subissant par ailleurs une influence totale de la force de l'affectivité n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude.

Décision \ Force de l'affectivité	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Influence Totale	76	27	103
Influence partielle	28	26	54
Influence Inexistante	20	52	72
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>105</b>	<b>229</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>36,280 ***</b>		

**Tableau 74 .Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence de la force de l'affectivité et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la deuxième phase.**

Source : Nos calculs

Le tableau ci-dessus nous révèle que la décision du port du préservatif est totalement influencée par la force de l'affectivité. Ainsi, les adolescents-élèves ont des rapports sexuels non protégés pour parvenir à une plénitude sexuelle complète et totale ou tout simplement manifester leur amour pour leur partenaire. Les émotions, d'une manière générale, d'après Levenson (1994) sont conçues comme sélectionnant un nombre limité de modes d'action dont l'efficacité a été testée par le temps. Par expérience, les adolescents savent faire la différence entre un acte sexuel protégé et un acte sexuel non protégé. Malgré les messages préventifs qui indiquent que le préservatif fait durer le plaisir, les adolescents sont unanimes sur le fait que même si le préservatif fait durer le plaisir, il le diminue tout autant. Bon nombre de participants ont délibérément opté pour l'acte sexuel non protégé, juste pour avoir plus de plaisir. Il faut donc faire une différence entre la qualité, l'intensité du plaisir et le temps pour parvenir au plaisir.

La psychanalyse essaie de fonder un système de compréhension de mécanismes et des conduites sexuelles basées sur la prise en compte de la pulsion sexuelle et de son évolution. Pour Freud (1962), le développement psychosexuel se fait dans une linéarité discontinue et croissante. A l'adolescence, la maturation pubertaire ouvre la voie à la sexualité génitale ou du moins met en place les conditions qui lui sont nécessaires. Pour Freud, c'est la sexualité qui fait la vie affective de l'Homme avec tout ce qu'il porte en lui comme émotions, sentiments, et motivations. Pour comprendre pourquoi la force de



l'affectivité influence totalement le port du préservatif, il est tout d'abord indispensable de comprendre le rôle de la satisfaction sexuelle dans la vie des adolescents.

Le problème du fonctionnement dynamique entre les registres cognitifs et les registres affectifs dans la réalisation du comportement sexuel est au cœur de notre préoccupation scientifique. Le préservatif a deux versants : un versant cognitif et un versant affectif. Du point de vue cognitif, le préservatif est une garantie pour la lutte contre le VIH/Sida. Mais, du point de vue affectif, le préservatif ne constitue pas une garantie pour le plein épanouissement sexuel. Cette situation quelque peu paradoxale crée une atmosphère relationnelle et dynamique entre l'affectivité et la cognition. Les adolescents sur le plan cognitif ont élaboré mentalement que l'introduction du préservatif dans l'acte sexuel freine, diminue ou empêche totalement la satisfaction sexuelle. C'est la raison pour laquelle ils ne l'utilisent pas lorsqu'ils veulent ressentir plus de plaisir.

### 6.1.1.8- Décision du port du préservatif et circonstances de l'action

Un test du khi-deux confirme, au risque de 10%, l'influence des circonstances de l'action sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Ainsi, seulement 36% des adolescents-élèves subissant par ailleurs une influence totale des circonstances de l'action n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude.

Décision \ Circonstances de l'action	A eu des rapports sexuels non protégés	N'a eu aucun rapport sexuel non protégé	Total
Influence Totale	33	19	52
Influence partielle	60	47	107
Influence Inexistante	27	37	64
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>103</b>	<b>223</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>5,648*</b>		

**Tableau 75.** Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence des circonstances de l'action et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la 2ème phase.

Source : Nos calculs

Au regard du test de khi-deux, il importe de rappeler que bien que statistiquement significative, l'influence des « circonstances de l'action » est plus faible que l'influence du « but de l'action » qui est, à son tour, plus faible que celle de la « pression psychosociale », de la « force de l'affectivité », de « l'inertie cognitive », ou du « contexte de l'action ».

Les circonstances de l'action (le moment, l'occasion particulière) exercent une influence significative sur la décision de porter un préservatif chez les adolescents-élèves. A partir de nos résultats, il est possible d'affirmer que l'acte sexuel ou précisément l'action de porter un préservatif est déterminée d'une part, par les éléments de circonstances, et d'autre part, par la manière dont ces éléments de circonstances sont exploités par l'adolescent, dans la mesure où les éléments qui organisent, structurent et orientent le port du préservatif proviennent de l'environnement. Une partie de l'organisation et de la réalisation de l'action est effectivement déléguée aux caractéristiques des circonstances.

Wallon (1970), dans ses écrits, montrait que l'instant était une variable fondamentale dans la production d'un comportement. Pour lui, l'objet de la psychologie peut être, au lieu de l'individu, une situation. Tout laisse penser que le fonctionnement psychologique n'est

pas permanent mais qu'il est situationnel. En d'autres termes, qu'en fonction de chaque situation se développe un fonctionnement psychologique pour gérer la situation. C'est la raison pour laquelle les circonstances de l'action sont très percutantes et pertinentes dans l'appréhension de l'action. C'est aussi penser qu'un même individu confronté au même objet dans les circonstances différentes réagirait différemment.

Dans le cas d'un comportement sexuel comme le port du préservatif, l'influence des circonstances est plus effective. Car, les circonstances sont nombreuses : absence de préservatif, conditions climatiques (pluies), le temps de l'action (toutes les échoppes sont fermées à une certaine heure), conditions alcooliques (les partenaires reviennent des boîtes de nuit), conditions particulières (les préservatifs disponibles sont percés ou usés), nouvelle partenaire (enthousiasme), etc.

### 6.1.1.9- Décision du port du préservatif et antécédents de l'objet

Un test du khi-deux confirme, au risque de 10%, l'influence des antécédents de l'objet sur la décision des adolescents-élèves de se protéger. Ainsi, seulement 35% des adolescents-élèves subissant par ailleurs une influence totale des antécédents de l'objet n'ont eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième phase de l'étude.

Décision \ Antécédents de l'objet	A eu des rapports non protégés	N'a eu aucun rapport non protégé	Total
Influence Totale	43	23	66
Influence partielle	42	30	72
Influence Inexistante	35	41	76
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>94</b>	<b>214</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>5,456*</b>		

**Tableau 76.** Répartition des adolescents-élèves sexuellement actifs en fonction de l'influence des antécédents de l'objet et de la décision d'utiliser un préservatif au cours des trois derniers mois précédant la deuxième phase.

Source : Nos calculs

L'impression générale qui se dégage de la lecture du tableau ci-dessus est que les antécédents du préservatif exercent une influence significative sur son usage ultérieur. Les adolescents qui ont une expérience négative (préservatif percé ou préservatif ayant freiné le plaisir) du préservatif ne l'envisagent pas à la prochaine occasion. Les individus ont tendance à éviter ce qui constitue un obstacle à leur plein épanouissement. Si le préservatif constitue un obstacle au plaisir, il est facile de comprendre pourquoi après un premier échec, les adolescents ne l'envisageraient plus ou pire encore ne l'introduiraient plus dans leurs habitudes sexuelles.

Taylor et Todd(1995), dans leur étude sur les antécédents de l'attitude, montrent que ceux-ci exercent une influence significative sur la formation des attitudes. Plusieurs études menées aux Etats-Unis ont lié les antécédents du comportement sexuel au comportement sexuel ultérieur. Les empiristes, à l'instar de John Locke et James Smill, montrent que l'expérience est le premier organisateur de l'esprit. Si, à la naissance l'esprit humain est confondu à une « tabula rasa », il est évident qu'il se constitue des expériences de chaque individu. L'expérience du préservatif est donc déterminante pour son usage régulier ou son non usage. En d'autres termes, la décision d'utiliser un préservatif pendant l'acte sexuel dépend de l'expérience que les adolescents en ont.

Nous avons trouvé judicieux de tester l'influence des variables supposées de résistance sur l'action « porter un préservatif ». Après avoir évalué les intentions des participants, il aurait été marginal de prétendre que leurs intentions ne se sont pas accomplies parce que des variables non préalablement testées s'y sont opposées. L'objectif principal de cette première analyse était de voir si les variables retenues avaient exercé une influence sur le comportement (la décision du port du préservatif) des participants. A l'exception de la négociation et la force de l'habitude, toutes les autres variables (la pression psychosociale, le contexte, le but de l'action, l'inertie cognitive, la force de l'affectivité, les circonstances de l'action et les antécédents de l'objet) ont exercé une influence statistiquement significative sur la décision du port du préservatif. Il reste maintenant à voir si cette influence était en accord avec les intentions. Dans le cas contraire, ces variables seraient considérées comme intermédiaires entre intention et action.

### 6.1.2- Test des Hypothèses Opérationnelles de l'Etude.

L'objectif de l'étude est de voir si de l'intention d'agir à l'action, il existe des variables intermédiaires qui conduisent les adolescents-élèves à la manifestation d'un comportement anti-intentionnel révélateur d'une résistance au changement. La résistance au changement ou le changement de comportement sont appréhendés dans cette étude en rapport aux intentions des participants. Ainsi, il y a résistance au changement de comportement lorsqu'un participant qui avait un comportement X ne modifie pas ce comportement après élaboration d'une intention contraire à ce comportement (*comportement antérieur (X) → Intention (Y) → Comportement ultérieur (X)*). Par contre, il y a changement de comportement lorsqu'un participant qui avait un comportement X modifie ce comportement après élaboration d'une intention contraire à ce comportement (*comportement antérieur (X) ⇒ Intention (Y) ⇒ Comportement ultérieur (Y)*).

A cet effet, nous avons adopté une enquête (longitudinale) de panel : lors de la première phase, nous collectons des informations portant sur les intentions (du participant) de se protéger à l'aide d'un préservatif au cours des trois mois à venir. La deuxième phase nous permet de voir si le participant a tenu à ses engagements. S'il ne les a pas tenus, nous évaluerons la significativité statistique d'éventuelles variables intermédiaires qui l'auraient conduit à adopter ce comportement dit anti-intentionnel (agir contre ses intentions d'origine) au cours des trois mois précédant la deuxième phase. Il sera donc question dans cette partie de tester les neuf hypothèses opérationnelles matérialisant les variables intermédiaires que nous présumons responsables de la manifestation du comportement anti-intentionnel.

#### 6.1.2.1- Modèle de test d'hypothèses

Le modèle retenu pour tester ces hypothèses est schématisé comme suit :

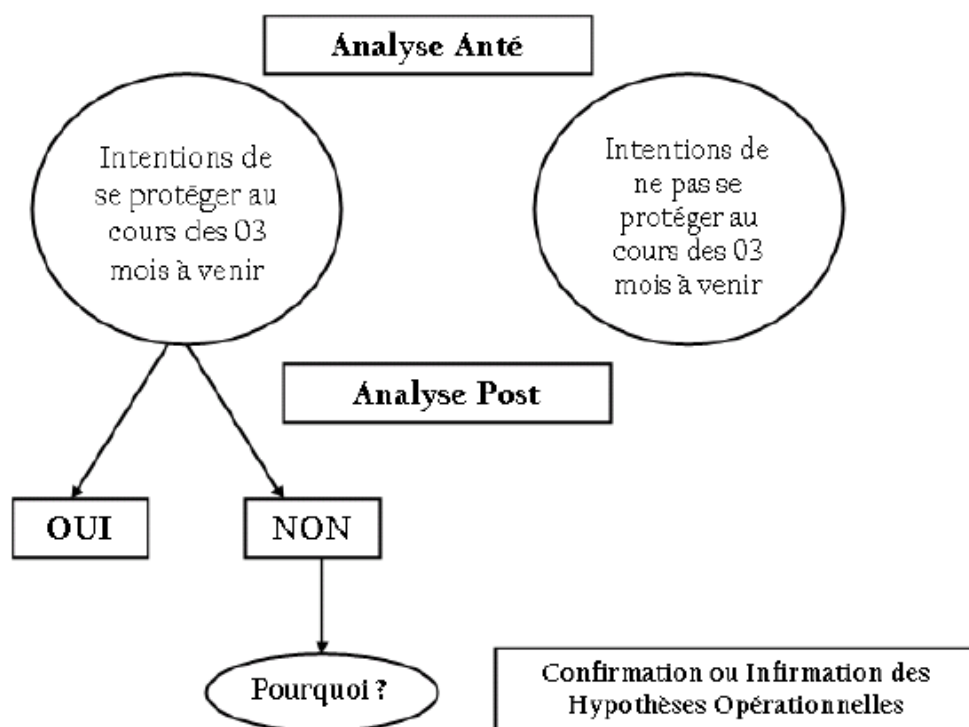


Figure 35. Modèle de Test des Hypothèses

Après la première phase, nous segmentons les adolescents-élèves en deux catégories : ceux qui ont l'intention de se protéger à l'aide d'un préservatif au cours des trois prochains mois, et ceux qui n'en ont pas l'intention. Après la deuxième phase, on constate que parmi les participants « bien intentionnés », certains n'ont pas tenu à leurs engagements. Et on se pose alors la question : pourquoi ? On va donc étudier la significativité des neuf variables présomptives dites de « résistance au changement » retenues dans nos hypothèses opérationnelles de recherche, afin de voir si ce sont ces dernières qui justifient l'inadéquation entre l'intention d'agir et l'action.

### 6.1.2.2- Clarification de la méthode de test des Hypothèses

Considérons la variable dichotomique « changement », qui retourne 1 si le sujet a eu des rapports sexuels non protégés (deuxième phase) alors qu'il n'en avait pas l'intention (première phase), et 0 sinon, c'est-à-dire si le sujet n'a eu aucun rapport sexuel non protégé, conformément à ses intentions. Nous dirons respectivement que le sujet a eu un comportement anti-intentionnel lorsque la variable « changement » prend la valeur 1, et conforme lorsqu'elle prend la valeur 0.

Tester les neuf hypothèses opérationnelles de recherche revient tout simplement à voir si la variable « changement » est statistiquement dépendante de chacune des neuf variables « présumées de résistance au changement » prises séparément.

Au paragraphe 5.2.7, on a établi que la mesure de l'intention d'agir pouvait très bien être cernée à travers la seule variable « intentions du port du préservatif », puisque cette variable présentait le coefficient de corrélation le plus élevé avec chacune des trois autres variables prises séparément. Ainsi, on constate – et on l'a déjà relevé au paragraphe 5.4.5 – que 38% des adolescents-élèves ayant « l'intention de se protéger » ne l'ont malheureusement pas fait (comportement anti-intentionnel). Pour chacun de ces participants, la variable

« changement » prendra la valeur 1, et pour les autres, elle prendra la valeur 0. Il est ici question d'établir l'existence ou non d'une relation de causalité (cause à effet) entre chacune des neuf variables opérationnelles et la variable « changement ». Nous effectuerons donc un test de khi-deux en vue d'évaluer la dépendance présumée entre la variable « changement » et chacune des variables opérationnelles prise séparément. Au terme de ces tests, nous conclurons, pour chaque facteur pris séparément, si le fait qu'il influence totalement (ou partiellement) la décision d'utiliser le préservatif a par ailleurs été à l'origine du comportement anti-intentionnel.

Considérons en guise d'exemple un facteur (la pression psychosociale). Ce facteur influence totalement la décision du port du préservatif chez certains individus, partiellement chez certains, et pas du tout chez d'autres. Nous désagrégerons ce facteur en deux variables dichotomiques, qui prendront la valeur 1 lorsque le facteur influence totalement la décision du port du préservatif, et 0 dans le cas échéant. Cette désagrégation nous permettra de tester la dépendance entre la variable « changement » et chacun des facteurs pris séparément mais en distinguant l'apport du type d'influence du facteur (sur la décision du port du préservatif) sur la manifestation du comportement anti-intentionnel. On pourra ainsi, par exemple, constater que la variable « changement » est dépendante de l'une des deux variables dichotomiques mais indépendante de l'autre, et vice-versa. On parlera alors, selon le cas, d'effet limité ou total.

### 6.1.3- Mise en œuvre du modèle

Nous allons dans cette partie procéder à la vérification et à l'interprétation des neuf hypothèses de recherche.

#### 6.1.3.1- HR 1 : Intention d'agir et influence de la pression psychosociale

Nous voulons savoir si la pression psychosociale aurait, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
<b>Influence totale</b>			
Oui	42	22	64
Non	58	116	174
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>238</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	20,027*** (Signification asymptotique : 0,000)		

**Tableau 77.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale de la pression psychosociale et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux fait état d'une **dépendance statistique** très forte (niveau de confiance de 99%) entre le fait d'être totalement influencé par la pression psychosociale et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. Ainsi, 66% des sujets totalement influencés par la pression psychosociale, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif, ne l'ont malheureusement pas fait. On conclut donc que la pression psychosociale, lorsqu'elle influence totalement le sujet, influence par ailleurs négativement ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

Comportement Influence partielle	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Oui	41	58	99
Non	59	80	139
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>238</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>0,025</b> <i>(Signification asymptotique : 0,874)</i>		

**Tableau 78.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle de la pression psychosociale et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **indépendance statistique** très forte entre le fait d'être partiellement influencé par la pression psychosociale et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. Ainsi, 41% seulement des sujets partiellement influencés par la pression psychosociale, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif ne l'ont malheureusement pas fait. Par ailleurs, jusqu'à 58% des sujets non partiellement influencés par la pression psychosociale ont pourtant eu un comportement conforme à leurs intentions. On conclut donc que la pression psychosociale, lorsqu'elle n'influence que partiellement le sujet, n'influence pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

**Conclusion :** la pression psychosociale a un **effet limité** sur la manifestation par le sujet d'un comportement anti-intentionnel.

L'effet est dit *limité* parce que lorsque la pression psychosociale influence totalement le sujet, elle l'incite par ailleurs à la manifestation d'un comportement anti-intentionnel, tandis que lorsqu'elle n'influence que partiellement le sujet, elle ne l'incite pas du tout à la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. L'effet aurait été dit *total* si, indifféremment du type d'influence (totale ou partielle) sur la décision du port du préservatif, la pression psychosociale incitait le sujet à la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

D'une manière générale, les résultats montrent qu'il existe une dépendance entre l'intention de porter un préservatif, la pression psychosociale et le port effectif du préservatif. Même si l'effet est limité, nous pouvons conclure que : *il existe entre l'intention d'agir et l'action une pression psychosociale qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel »*. Cette conclusion nous permet de confirmer notre première hypothèse de recherche (HR<sub>1</sub>).

En effet, la situation d'interaction survenue pendant l'acte sexuel a été plus déterminante que l'intention. L'intention, bien que plus de 60% des cas ait conduit à la réalisation du comportement intentionnel, perd la suprématie sur l'action lorsque celle-ci nécessite une pression psychosociale entre les protagonistes. Dans le cas de l'acte sexuel, qui est un acte psychosocial, c'est-à-dire se réalisant dans un contexte d'influence et de pression, la variable déterminante du changement ou de résistance au changement de comportement n'est plus l'intention mais plutôt **l'interaction**.

L'interaction agit indépendamment de l'intention sur l'action. L'acte sexuel ne se produit pas sans interaction (influence, pression). Le port du préservatif suscite des pressions

entre les partenaires. Lorsque ces pressions sont totales, l'influence sur l'intention est plus significative que lorsque ces pressions sont partielles. Ce qui revient à dire que la pression psychosociale altère le fonctionnement de l'intention. Dans ce cas de figure, les individus agissent sans se référer à leurs intentions ou mieux sans que leurs intentions contrôlent l'action.

La théorie de l'action planifiée qui accorde une priorité à l'intention a omis qu'entre l'intention d'agir et l'action pouvait intervenir une interaction. Cette interaction agit comme variable intermédiaire mais dans certaines situations agit comme variable principale, pour mieux appréhender la résistance au changement de comportement chez des individus qui ont de bonnes intentions, il est souhaitable de focaliser l'attention sur une probable pression psychosociale.

Les résultats nous permettent également de comprendre que lorsque les adolescents ne ressentent pas de pression psychosociale, ils réalisent l'action intentionnelle. Ce qui revient à dire que le port du préservatif ne crée aucune pression lorsque les partenaires ont la même intention, puisque pour qu'il y ait pression, il faut qu'un partenaire soit entraîné d'imposer son intention à un autre. Les couples qui ont été sous pression sont ceux dont les partenaires avaient des intentions asymétriques, contraires. C'est donc l'asymétrie intentionnelle qui crée la pression psychosociale. Et cette pression psychosociale agit indépendamment des intentions d'un sujet, puisque l'action réalisée corrobore d'une manière ou d'une autre à l'intention d'un des partenaires, c'est-à-dire le partenaire qui aurait la majorité psychologique.

Dans la triangulaire du champ psychosocial de Moscovici (1984), la relation entre les sujets et l'objet ( $S \rightarrow O$ ) est cognitive, car l'objet doit être connu. Par contre les sujets entretiennent entre eux ( $S \rightarrow S$ ) des relations affectives. Nous convenons avec Moscovici que l'homme a deux modalités de fonctionnement : une modalité logique et une modalité critique. Ce qui montre que la zone de relation  $S \Rightarrow S$  (partenaire  $\Rightarrow$  partenaire) est très importante pour comprendre la résistance au changement de comportement chez des partenaires qui ont de bonnes intentions pour le port du préservatif. Tout laisse penser qu'il existe dans la lecture de la résistance au port du préservatif, d'après la triangulaire de Moscovici, une scission entre l'axe cognitif ou intentionnel et l'axe affectif ou relationnel. Si pendant l'acte sexuel le problème des intentions ne se pose plus, c'est la relation en termes d'interaction qui contrôle l'action. On peut ainsi assister à la production d'action « anti-intentionnelle » chez des individus présentant des intentions favorables à l'action.

### 6.1.3.- HR 2 : Intention d'agir et influence du contexte de l'action

Nous voulons savoir si le contexte de l'action aurait, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

Comportement Influence totale	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Oui	37	18	55
Non	59	109	168
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>127</b>	<b>223</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>17,473<sup>***</sup></b> (Signification asymptotique : 0,000)		

**Tableau 79.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale du contexte de l'action et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs

Un test de khi-deux corrobore l'hypothèse d'une **dépendance statistique** très forte (niveau de confiance de 99%) entre le fait d'être totalement influencé par le contexte de l'action et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. Ainsi, 67% des sujets totalement influencés par le contexte de l'action, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif ne l'ont malheureusement pas fait. On conclut donc que le contexte de l'action, lorsqu'il influence totalement le sujet, influence par ailleurs négativement ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

Comportement Influence partielle	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Oui	44	62	106
Non	52	65	117
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>127</b>	<b>223</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>0,195</b> (Signification asymptotique : 0,658)		

**Tableau 80.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle du contexte de l'action et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **indépendance statistique** très forte entre le fait d'être partiellement influencé par le contexte de l'action et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. Ainsi, 41,5% seulement des sujets partiellement influencés par le contexte de l'action, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif ne l'ont malheureusement pas fait. Par ailleurs, jusqu'à 56% des sujets non partiellement influencés par le contexte de l'action ont pourtant eu un comportement conforme à leurs intentions. On conclut donc que le contexte de l'action, lorsqu'il n'influence que partiellement le sujet, n'influence pas du toutes ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

**Conclusion :** le contexte de l'action a donc un **effet limité** sur la manifestation par le sujet d'un comportement anti-intentionnel. C'est-à-dire que, pour que le contexte de l'action conduise le sujet à la manifestation d'un comportement anti-intentionnel, l'influence du contexte de l'action (sur la décision du port du préservatif) sur le sujet doit être totale.



L'existence d'un effet *limité* du contexte de l'action sur le comportement anti-intentionnel montre d'une manière générale que la résistance à l'usage du préservatif chez des adolescents manifestant par ailleurs de bonnes intentions d'usage d'un préservatif est redevable au contexte de l'action. C'est ainsi que nous pouvons conclure que : *il existe entre l'intention d'agir et l'action un contexte qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel »*. Cette conclusion confirme notre deuxième hypothèse de recherche (HR<sub>2</sub>).

La théorie de l'action planifiée minimise l'influence du contexte sur l'intention. Il est clair que l'intention garantit la réalisation de l'action. Il est aussi clair que l'action se réalise dans un contexte. Dans certaines situations, les individus se réfèrent plus aux éléments du contexte qu'à leurs intentions. L'action est ainsi redevable au contexte qu'à l'intention. Des adolescents ont eu de bonnes intentions pour le port du préservatif. Pendant, l'acte sexuel, ils se trouvaient malheureusement dans un contexte de paix, de joie, de détente, d'amour.

La résistance au port du préservatif dans ce cas de figure n'est pas liée à l'intention mais plutôt à la faculté de chaque partenaire de conformer les éléments du contexte à ses bonnes intentions. Il se pourrait que les nouvelles stimulations du contexte génèrent la construction de nouvelles intentions, si nous admettons qu'il n'y a pas d'action sans intention. Ce qui est évident est que le contexte dans lequel les individus élaborent les nouvelles intentions n'est pas le même que celui dans lequel ils avaient élaboré les anciennes. Le contexte est donc une variable déterminante dans la production de l'action. Il peut empêcher ou altérer la réalisation de l'intention pré-établie.

Les contextualistes en complétant le modèle de l'action planifiée d'Ajzen postulaient que le contexte assurait un contrôle indéniable sur l'action. Ce contrôle est aussi significatif que sa non maîtrise conduirait à des analyses erronées. La réalisation d'une action est en grande partie fonction du contexte dans lequel se réalise la dite action. C'est la raison pour laquelle les participants qui étaient influencés totalement par le contexte ont manifesté une dépendance statistique très forte du contexte sur la production d'une action « anti-intentionnelle ». Cette dépendance se justifie par le fait que dans des contextes différents, les individus par rapport au même objet auraient des comportements différents. Un adolescent dans un contexte de joie, de paix, pense moins au préservatif que dans un contexte conflictuel. Dans un contexte conflictuel, il y a plus de méfiance. Par contre dans un contexte de paix, il y a plus de confiance.

### 6.1.3.3- HR 3 : Intention d'agir et influence de la négociation

Nous voulons savoir si la négociation aurait, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Influence totale			
Oui	40	52	92
Non	66	85	151
Total	106	137	243
Khi-deux de Pearson	0,001 (Signification asymptotique : 0,972)		

**Tableau 81.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale de la négociation et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux fait état d'une **indépendance statistique** formelle entre le fait d'être totalement influencé par la négociation et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que la négociation, lorsqu'elle influence totalement le sujet, n'influence pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

Comportement Influence partielle	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Oui	50	65	115
Non	56	72	128
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>137</b>	<b>243</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	0,002 (Signification asymptotique : 0,966)		

**Tableau 82.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle de la négociation et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **indépendance statistique** très forte entre le fait d'être partiellement influencé par la négociation et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que la négociation, lorsqu'elle n'influence que partiellement le sujet, n'influence pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

**Conclusion :** la négociation n'a donc **aucun effet** sur la manifestation par le sujet d'un comportement anti-intentionnel.

Les tests du Khi-deux réalisés pour évaluer la dépendance statistique entre la négociation et la production d'un comportement « anti-intentionnel » montrent formellement qu'il n'existe aucune dépendance statistique entre la négociation et le comportement « anti-intentionnel ». L'inexistence de dépendance statistique constatée nous amène à conclure que : *il n'existe pas entre l'intention d'agir et l'action une négociation qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel »*. Cette conclusion entraîne l'infirmité de notre troisième hypothèse de recherche (HR<sub>3</sub>).

Il est très difficile de croire, d'une part, que la négociation n'est pas une variable de résistance au port du préservatif et, d'autre part, que la négociation n'a aucun effet sur la production d'un comportement « anti-intentionnel », dans la mesure où la relation sociale est caractérisée, d'après les psychologues sociaux, par le conflit. Toute relation sociale d'une manière ou d'une autre est conflictuelle. La relation au port du préservatif ne devrait pas faire d'exception, dans la mesure où la décision de porter un préservatif dans un couple pendant l'acte sexuel devrait nécessiter une discussion en vue de la recherche du consensus.

D'une manière générale, les résultats sont clairs, la résistance à l'usage du préservatif chez les individus ayant de bonnes intentions n'est pas due à la négociation, dans la mesure où les adolescents portent ou ne portent pas un préservatif sans négociation au préalable. Il nous a été toujours donné de penser que l'acte sexuel sans préservatif se négociait, nous sommes quand même curieux de constater le contraire. Il faut aussi préciser que, très souvent, la relation sociale était perçue comme une relation de négociation, dans la mesure où le conflit altère l'équilibre interpersonnel et l'équilibre ne peut être restauré que s'il y a eu au préalable négociation. Il est aussi vrai qu'il aurait été très surprenant de constater une dépendance significative à un quelconque seuil entre la négociation et le

comportement « anti-intentionnel », puisque la négociation avait été déjà identifiée dans les analyses précédentes comme variable n'exerçant aucune influence sur la décision du port du préservatif.

#### 6.1.3.4- HR 4 : Intention d'agir et influence du but de l'action

Nous voulons savoir si le but de l'action aurait, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

Comportement \ Influence totale	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Oui	45	53	98
Non	58	99	157
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>152</b>	<b>255</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	2,019 (Signification asymptotique : 0,155)		

**Tableau 83.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale du but de l'action et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux fait état d'une **indépendance statistique** formelle entre le fait d'être totalement influencé par le but de l'action et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que le but de l'action, lorsqu'il influence totalement le sujet, n'influence pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

Comportement \ Influence partielle	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Oui	39	60	99
Non	64	92	156
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>152</b>	<b>255</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	0,067 (Signification asymptotique : 0,796)		

**Tableau 84.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle du but de l'action et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs.

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **indépendance statistique** très forte entre le fait d'être partiellement influencé par le but de l'action et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que le but de l'action, lorsqu'il n'influence que partiellement le sujet, n'influence pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

**Conclusion :** le but de l'action n'a donc **aucun effet** sur la manifestation par le sujet d'un comportement anti-intentionnel.

Les résultats des différents tests du khi-deux indiquent formellement que le but de l'action n'a aucun effet sur la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ». C'est à la lumière de ces résultats que nous infirmons notre quatrième hypothèse de recherche (HR<sub>4</sub>). En d'autres termes, nous concluons que : *il n'existe pas entre l'intention d'agir et l'action un but de l'action qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».*

Le fonctionnalisme est le système psychologique qui étudie les buts du comportement et l'adaptation d'un organisme à son milieu. Pour les fonctionnalistes, la psychologie a pour but de répondre aux questions « que fait l'homme ? » et « Pourquoi le fait-t-il ? ». La réponse à la seconde question montre que tout comportement a un but. Le comportement sexuel, c'est-à-dire l'acte sexuel en dehors de certains contextes a un but qui peut être émotionnel, sentimental etc. Ces buts peuvent empêcher dans certains cas l'intention de porter un préservatif de parvenir à ses fins, dans la mesure où les adolescents dans les analyses précédentes ont déclaré ne pas penser au préservatif lorsqu'ils envisagent ressentir plus de plaisir ou exprimer leurs sentiments vis-à-vis de leurs partenaires.

Ces résultats laissent penser que l'intention de porter un préservatif pour se protéger contre le VIH/Sida est plus significative que le plaisir et les sentiments chez les adolescents-élèves. Il est aussi vrai que le Sida fait de sérieux ravages sur le plan humain et que la prévention devrait être privilégiée au plaisir et aux sentiments. C'est la raison pour laquelle malgré le fait que le but de l'action (émotionnel, sentimental) soit inventorié comme variable présumée exercer une influence sur la décision de porter un préservatif, il n'a eu aucun effet sur le comportement « anti-intentionnel » (ne pas se protéger pendant l'acte sexuel). Il est paradoxal de conclure que le but de l'action (le plaisir, les sentiments, etc.) n'a eu aucun effet sur la décision d'avoir des rapports sexuels non protégés. Les recherches antérieures confirment que le préservatif diminue le plaisir et que les individus qui ne l'utilisent pas le font pour des fins émotionnelles ou sentimentales.

### 6.1.3.5- HR<sub>5</sub> : Intention d'agir et influence de l'inertie cognitive

Nous voulons savoir si l'inertie cognitive aurait, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Influence totale			
Oui	36	25	61
Non	70	109	179
Total	106	134	240
Khi-deux de Pearson	7,314 <sup>***</sup> (Signification asymptotique : 0,007)		

**Tableau 85.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale de l'inertie cognitive et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux fait état d'une **dépendance statistique** très forte (niveau de confiance de 99%) entre le fait d'être totalement influencé par l'inertie cognitive et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. Ainsi, 59% des participants totalement influencés par l'inertie cognitive, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à

l'aide d'un préservatif ne l'ont malheureusement pas fait. Par ailleurs, 61% des participants sur qui l'influence de l'inertie cognitive n'était pas totale, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif ont bel et bien tenu à leurs promesses.

On conclut donc que l'inertie cognitive, lorsqu'elle influence totalement le participant, influence par ailleurs négativement ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

Comportement Influence partielle	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Oui	50	79	129
Non	56	55	111
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>134</b>	<b>240</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>3,307*</b> <i>(Signification asymptotique : 0,069)</i>		

**Tableau 86.** Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle de l'inertie cognitive et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.

Source : Nos calculs.

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **dépendance statistique** (au risque de 10%) entre le fait de subir l'influence partielle de l'inertie cognitive et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. Ce qui revient à dire que l'inertie cognitive, lorsqu'elle n'influence que partiellement le participant, influence par ailleurs négativement ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

**Conclusion :** l'inertie cognitive a un **effet total** sur la manifestation par le participant d'un comportement anti-intentionnel.

Les résultats montrent clairement que l'inertie cognitive a un effet total sur la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel ». En d'autres termes, les adolescents ont des rapports sexuels non protégés parce que pendant l'acte sexuel, l'idée de l'existence du préservatif n'effleurait même pas leur esprit. C'est dans cette optique que nous confirmons notre cinquième hypothèse de recherche (HR<sub>5</sub>). Nous pouvons dès lors conclure que : *il existe entre l'intention d'agir et l'action une inertie cognitive qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».*

L'inertie cognitive se pose dans des cas où pendant la réalisation de l'action, il se produit une scission entre l'axe cognitif et l'axe conatif. Il est toujours important de préciser que l'intention tout comme l'attitude est régulée par trois instances : cognitive, affective et conative. Nous convenons avec Dörner (1986) que l'intention réside dans l'instance cognitive, s'il y a inertie, c'est dire que l'individu fonctionne désormais d'une manière « inintentionnelle ». Lorsque pendant l'acte sexuel, le problème cognitif ne se pose plus, on assiste à l'inertie cognitive, il peut dès lors se produire une domination du registre affectif sur le registre cognitif. Cette situation défait l'acte sexuel de sa dimension cognitive et l'individu n'a plus un contrôle intentionnel sur l'action.

Pour que l'acte sexuel se produise avec le moindre risque, il faut qu'il soit tiré de la dynamique fonctionnelle entre les différents registres qui régulent l'action. Le problème du primat ou de la suprématie entre les registres préoccupe davantage les chercheurs. Même les plus fameux théoriciens de développement de l'enfant à l'instar de Piaget, Wallon et

Freud ne réservent pas la même place aux différents systèmes (affectif, cognitif, conatif et social) qui animent, caractérisent et jalonnent le développement humain.

Chez Piaget (1970), le développement socio-affectif est conçu dans le parallélisme du développement de l'intelligence. Pour lui, il existe un parallèle constant entre la vie affective et la vie intellectuelle ; dans la mesure où, il stipule qu'affectivité et intelligence soient indissociables et constituent les deux aspects complémentaires de toute conduite humaine. Il poursuit que la structuration des sentiments et des relations interpersonnelles est le fait de l'intelligence ou du cognitif. Il y a donc, chez Piaget, subordination de l'évolution affective et sociale à l'évolution cognitive.

Il est aussi vrai que Piaget ne passe pas sous silence le développement socio-affectif, mais il n'accorde à ce développement l'importance fondatrice et déterminante que lui reconnaît Wallon (1954) qui soutient la théorie de « *l'antériorité du développement affectif sur les autres* ». Le débat scientifique qui animait Piaget et Wallon consistait, non pas à clarifier l'opinion scientifique sur les modalités de fonctionnement des registres affectif et cognitif, mais plutôt le problème de leur genèse.

La résistance à l'usage du préservatif chez des adolescents qui possèdent de bonnes intentions est à la lumière de nos résultats due à la suprématie imposée par le registre affectif sur le registre cognitif. Cette suprématie du registre affectif sur le registre cognitif est causée par l'inertie cognitive. Nous avons constaté que la quasi-totalité des adolescents, qui avaient l'intention de porter un préservatif et qui ne l'ont pas fait, ont été influencés formellement par l'inertie cognitive.

L'importance des interactions entre les sphères affective et cognitive n'est niée par aucun chercheur. Weil-Barais *et al.* (1993, p.55) soulignaient qu'on ne dispose pas de théories permettant d'expliquer de manière précise les liens entre ces sphères. Freud (1962) a abordé la question, mais de manière somme toute marginale. Il fait dépendre les investissements cognitifs de la sublimation. Il explique ainsi que « lorsque le système est envahi par des pulsions, il devient inefficace ». Cette inefficacité peut être due au fait que dans cette circonstance, l'individu fonctionnerait d'une manière irrationnelle. C'est cet état de fonctionnement qui justifierait le fait qu'en situation d'inertie cognitive les adolescents ont généralement des rapports sexuels non protégés.

#### **6.1.3.6- HR<sub>6</sub> : Intention d'agir et influence de la force de l'habitude**

Nous voulons savoir si la force de l'habitude aurait, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
<b>Influence totale</b>			
Oui	50	68	118
Non	51	66	117
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>134</b>	<b>235</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	0,035 (Signification asymptotique : 0,851)		

**Tableau 87 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale de la force de l'habitude et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.**

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux fait état d'une **indépendance statistique** formelle entre le fait d'être totalement influencé par la force de l'habitude et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que la force de l'habitude, quand bien même elle influence totalement le participant, n'influence pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

Comportement Influence partielle	A eu un comportement		Total
	anti-intentionnel	intentionnel	
Oui	29	36	65
Non	72	98	170
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>134</b>	<b>235</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>0,098</b> <i>(Signification asymptotique : 0,754)</i>		

**Tableau 88 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle de la force de l'habitude et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.**

Source : Nos calculs.

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **indépendance statistique** très forte entre le fait d'être partiellement influencé par la force de l'habitude et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que la force de l'habitude, lorsqu'elle n'influence que partiellement le participant, n'influence pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

**Conclusion** : la force de l'habitude n'a donc **aucun effet** sur la manifestation par le participant d'un comportement anti-intentionnel.

L'impression générale qui se dégage des différents khi-deux obtenus est que la force de l'habitude n'a aucun effet sur la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ». Autrement dit, les adolescents ne cèdent pas aussi facilement à une seconde tentation après avoir eu pour une première fois des rapports sexuels non protégés avec un partenaire régulier. Bien plus encore, ils résistent aux pressions de celui-ci. Les résultats montrent que la force de l'habitude n'exerce aucune influence sur la production d'un comportement « anti-intentionnel ». C'est la raison pour laquelle nous pouvons conclure que : *il n'existe pas entre l'intention d'agir et l'action une force de l'habitude qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel »*. Cette conclusion permet d'infirmer notre sixième hypothèse de recherche (HR<sub>6</sub>). Le contraire nous aurait surpris dans la mesure où les analyses précédentes ont montré que la force de l'habitude a été identifiée comme une variable qui n'agissait pas sur la décision des adolescents de porter un préservatif.

Il est vraiment surprenant de faire ce constat. Triandis (1989) a repris la théorie de l'action raisonnée qui représente les fondements de la théorie de l'action planifiée en y introduisant la force de l'habitude. Triandis a intégré à ce modèle la force de l'habitude pour élaborer la théorie des comportements interpersonnels. L'acte « porter un préservatif » est bel et bien un comportement interpersonnel. Car les individus ne portent pas un préservatif exclusivement dans un comportement individuel mais seulement dans un comportement interpersonnel. Ils le portent pour eux et pour leurs partenaires. Triandis avait montré

que la force de l'habitude était un facteur décisif dans la production des comportements interpersonnels. Nos résultats permettent de remettre en cause cette conception.

Si l'habitude n'est pas retenue dans cette étude comme variable intermédiaire entre l'intention de porter un préservatif et son port effectif, il nous est difficile de conclure que l'habitude n'exerce aucun effet sur l'acte « porter un préservatif ». Les adolescents-élèves se trouvent dans un contexte où le Sida fait de nombreux ravages sur le plan humain et/ou les adolescents constituent une véritable proie et aussi leur statut d'adolescent les expose davantage. Dans ce contexte, il leur est vraiment difficile de faire confiance à un partenaire au point d'avoir régulièrement des rapports sexuels non protégés avec lui. De même leur statut d'élève est dégradé si à jamais, ils sont auteurs de grossesse ou déclarées porteuses de grossesse. C'est cette situation qui justifierait leur réticence aux partenaires réguliers et à l'acte sexuel non protégé. Nous pouvons donc conclure à la lumière de nos résultats que « l'habitude n'est plus une seconde nature ». D'une manière plus précise que « l'habitude aux rapports sexuels non protégés n'implique pas forcément régularité des rapports sexuels non protégés ». La résistance à l'usage du préservatif pour se protéger du VIH/Sida n'est pas due à la force de l'habitude, dans la mesure où même les adolescents qui avaient régulièrement des habitudes sexuelles non préventives changent de comportement sexuel au même titre que ceux qui se protègent régulièrement.

#### **6.1.3.7- HR 7 : Intention d'agir et influence de la force de l'affectivité**

Nous voulons savoir si la force de l'affectivité aurait, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
<b>Influence totale</b>			
Oui	64	48	112
Non	45	104	149
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>152</b>	<b>261</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>19,082<sup>***</sup></b> <i>(Signification asymptotique : 0,000)</i>		

**Tableau 89 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale de la force de l'affectivité et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.**

Source : Nos calculs.

Un test du khi-deux fait état d'une **dépendance statistique** très forte (niveau de confiance de 99%) entre le fait d'être totalement influencé par la force de l'affectivité et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. Ainsi, 57% des participants totalement influencés par la force de l'affectivité, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif ne l'ont malheureusement pas fait. Par ailleurs, 70% des participant sur qui l'influence de la force de l'affectivité n'était pas totale, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif ont bel et bien tenu leurs promesses.

On conclut donc que la force de l'affectivité, lorsqu'elle influence totalement le participant, influence par ailleurs négativement ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.



Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Influence partielle			
Oui	25	39	64
Non	84	113	197
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>152</b>	<b>261</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>0,254</b> (Signification asymptotique : 0,614)		

**Tableau 90 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle de la force de l'affectivité et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.**

Source : Nos calculs.

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **indépendance statistique** très forte entre le fait d'être partiellement influencé par la force de l'affectivité et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que la force de l'affectivité, lorsqu'elle n'influence que partiellement le participant, n'influence pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

**Conclusion** : la force de l'affectivité a un **effet limité** sur la manifestation par le participant d'un comportement anti-intentionnel.

De l'observation des résultats et du calcul des différents khi-deux, force est de constater que les adolescents-élèves ont été influencés dans la réalisation du comportement « anti-intentionnel » par la force de l'affectivité. Même si l'effet exercé est limité, il est quand même très significatif lorsque l'influence de la force de l'affectivité est totale sur les participants. Ce qui revient à dire que l'émotion puissante et continue, la passion amoureuse jouent un rôle décisif dans l'action de porter un préservatif. C'est à ce titre que nous pouvons conclure que : *il existe entre l'intention d'agir et l'action une force de l'affectivité qui conduit à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel »*. Cette conclusion marque la confirmation de notre septième hypothèse de recherche (HR7).

Le poids de l'intention dans la réalisation d'un comportement peut être variable, selon que l'intention est ou non mentalement accessible au moment de l'acte. L'intention est permanemment régulée par l'axe cognitif et l'axe affectif. Dans les analyses précédentes, il a été démontré que l'inertie cognitive conduisait à la production d'un acte « anti-intentionnel ». Dans ce paragraphe, le constat est que la force de l'affectivité conduit également à la production d'un acte « anti-intentionnel ». Autrement dit, lorsque le système est dominé par les affects et les émotions, il devient sans plagier les psychanalystes, essentiellement ça (tendance à la satisfaction des besoins, désirs, pulsions instincts, etc.).

La résistance au changement peut être déterminée par des facteurs internes et des facteurs externes. Parmi les facteurs internes (les pulsions, les désirs, les besoins), le plaisir joue un rôle extrêmement important dans l'accomplissement de l'acte sexuel. En outre, la résistance tient au désir lui-même quand un bénéfice (plaisir sexuel) est tiré de son accomplissement par la voie de la répétition symptomatique. Dans le cadre de notre étude, le plaisir sexuel s'identifie lui-même comme un facteur de résistance au changement de comportement sexuel. Selon la théorie de la réactance (Brehm, 1966), toute tentative persuasive échoue quand elle est ressentie par le récepteur comme une menace pour sa liberté. Dans le cas échéant, chaque adolescent veut vivre sa liberté sexuelle. La réaction émotionnelle qui suit l'acte sexuel non protégé peut constituer un nœud de résistance à la

protection, dans la mesure où, l'adolescent peut ressentir la pression à la protection comme une menace à sa satisfaction sexuelle, s'il pense que le port du préservatif diminue le plaisir.

### 6.1.3.8- HR 8 : Intention d'agir et influence des circonstances de l'action

Nous voulons savoir si les circonstances de l'action auraient, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
<b>Influence totale</b>			
Oui	28	35	63
Non	78	116	194
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>151</b>	<b>257</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	0,353 (Signification asymptotique : 0,553)		

**Tableau 91 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale des circonstances de l'action et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.**

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux fait état d'une **indépendance statistique** formelle entre le fait d'être totalement influencé par les circonstances de l'action et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que les circonstances de l'action, quand bien même elles influencent totalement le participant, n'influencent pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
<b>Influence partielle</b>			
Oui	56	62	118
Non	50	89	139
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>151</b>	<b>257</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	0,475 (Signification asymptotique : 0,662)		

**Tableau 92. Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle des circonstances de l'action et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.**

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **indépendance statistique** très forte entre le fait d'être partiellement influencé par les circonstances de l'action et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que les circonstances de l'action, lorsqu'elles n'influencent que partiellement le participant, n'influencent pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

**Conclusion** : les circonstances de l'action n'ont donc **aucun effet** sur la manifestation par le participant d'un comportement anti-intentionnel.

Du calcul des différents khi-deux, il est clair que les circonstances de l'action (moment, occasion particulière) n'ont aucun effet sur la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ». Ce qui veut dire que l'intention quelque soit les circonstances peut conduire à la production de l'action intentionnelle. En d'autres termes, les pressions des circonstances dans lesquelles se produit une action n'ont aucune influence sur l'intention d'action préalablement élaborée. C'est la raison pour laquelle nous pouvons conclure : **il n'existe pas entre l'intention d'agir et l'action des circonstances qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel »**. Cette conclusion permet d'infirmer notre huitième hypothèse de recherche (HR8).

Les résultats montrent que les pressions du moment de l'action n'altèrent pas la réalisation de l'intention. L'intention ne tient pas compte des circonstances pour se réaliser. Elle se réalise indépendamment des circonstances. L'intention doit donc être perçue comme un état quasi permanent de préparation à l'action. Elle ne constitue pas un vécu concret mais un dispositif existentiel, une disponibilité à réagir d'une façon particulière. Elle est donc une force (énergie) qui catalyse, organise et oriente l'action.

Il est tout de même important de préciser que bien que les circonstances de l'action n'aient pas eu d'effet significatif sur l'action « porter un préservatif », elles ont été inventoriées dans les analyses précédentes comme facteur influençant la décision du port du préservatif. Ce qui veut dire que leur influence sur la décision de porter un préservatif est fonction de la qualité d'intention vis-à-vis du port du préservatif. En d'autres termes, leur influence sur l'action n'a de sens que si elle émerge dans la même direction que l'intention. Dans le cas contraire, elle sera sans effet sur l'action. Il est donc possible de conclure que placés dans des circonstances différentes, les adolescents qui ont l'intention de porter un préservatif vont toujours le porter.

D'une manière générale, les circonstances ne sont pas des variables explicatives de la résistance à l'usage du préservatif chez des personnes ayant de bonnes intentions d'usage et qui malheureusement ne l'ont pas utilisé pendant les rapports sexuels.

### 6.1.3.9- HR 9 : Intention d'agir et influence des antécédents de l'objet

Nous voulons savoir si les antécédents de l'objet auraient, dans une certaine mesure, influencé les 38% d'adolescents qui avaient l'intention de se protéger au cours des trois mois à venir mais qui ne l'ont malheureusement pas fait.

Comportement	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
<b>Influence totale</b>			
Oui	38	35	73
Non	66	106	172
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>141</b>	<b>245</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	3,927** (Signification asymptotique : 0,048)		

**Tableau 93 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence totale des antécédents de l'objet et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.**

Source : Nos calculs.

Un test du khi-deux fait état d'une **dépendance statistique** forte (niveau de confiance de 95%) entre le fait d'être totalement influencé par les antécédents de l'objet et la

manifestation d'un comportement anti-intentionnel. Ainsi, 52% des participants totalement influencés par les antécédents de l'objet, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif ne l'ont malheureusement pas fait. Par ailleurs, 58% des participants sur qui l'influence des antécédents de l'objet n'était pas totale, et qui avaient l'intention de se protéger régulièrement à l'aide d'un préservatif, ont bel et bien tenu leurs promesses. On conclut donc que les antécédents de l'objet, lorsqu'ils influencent totalement le participant, influencent par ailleurs négativement ses bonnes intentions en matière de port de préservatif.

Comportement Influence partielle	A eu un comportement anti-intentionnel	A eu un comportement intentionnel	Total
Oui	34	48	82
Non	70	93	163
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>141</b>	<b>245</b>
<b>Khi-deux de Pearson</b>	<b>0,049</b> <i>(Signification asymptotique : 0,825)</i>		

**Tableau 94 . Répartition des adolescents-élèves en fonction de l'existence d'une influence partielle des antécédents de l'objet et de la manifestation d'un comportement anti-intentionnel.**

Source : Nos calculs

Un test du khi-deux montre qu'il y a une **indépendance statistique** très forte entre le fait d'être partiellement influencé par les antécédents de l'objet et la manifestation d'un comportement anti-intentionnel. On conclut donc que les antécédents de l'objet, lorsqu'ils n'influencent que partiellement le participant, n'influencent pas du tout ses bonnes intentions en matière de port de préservatif. **Conclusion** : les antécédents de l'objet ont un **effet limité** sur la manifestation par le participant d'un comportement anti-intentionnel.

A partir des résultats, il est évident de déclarer que les antécédents de l'objet ont un effet sur la relation future à l'objet. En d'autres termes, l'expérience qu'un adolescent a du port du préservatif peut conditionner son usage futur. Ce conditionnement ne tient pas compte de son intention. C'est ainsi que nous pouvons conclure que : *il existe entre l'intention d'agir et l'action des antécédents de l'objet qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ».*

Il est donc légitime de penser que le vécu de l'adolescent, ses expériences, son passé au préservatif et à l'acte sexuel avec préservatif exercent une influence significative sur le port ultérieur du préservatif. Ce qui veut dire que, après une action, peut se développer de nouvelles intentions qui relèveraient de la finalité de la dite action, ou encore l'intention si elle aboutit à une réalisation déplaisante perd son contrôle sur la dite action. C'est donc la raison pour laquelle les adolescents, malgré leurs bonnes intentions de porter un préservatif se sont plus référés à leur vécu au préservatif (préservatif percé, tombé, ayant ralenti, freiné ou empêché la satisfaction) pour agir qu'à leurs intentions.

L'intention dans son accomplissement est influencée par les antécédents de l'action qu'elle porte. Car chaque intention est porteuse d'une action. La résistance au changement de comportement est donc non seulement fonction de l'intention mais aussi et surtout fonction des antécédents, du passé de l'action et/ou de l'objet qui déclenche l'action.

#### **6.1.4- Validation des hypothèses de recherche**

De l'intention d'agir à l'action, il s'est agi pour nous de voir s'il existait des variables intermédiaires qui conduiraient les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement. Neuf variables intermédiaires ont ainsi été retenues dans la formulation de nos hypothèses : la pression psychosociale, le contexte de l'action, la négociation, le but de l'action, l'inertie cognitive, la force de l'habitude, la force de l'affectivité, les circonstances de l'action, et les antécédents de l'objet. Il s'est donc agi pour nous, dans les paragraphes précédents notamment, de voir si chacune de ces variables, prises séparément, avait un quelconque effet sur la manifestation par le participant d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement. Autrement dit, lesquelles de ces variables, prises séparément, pouvaient amener un sujet « bien intentionné » en matière de port du préservatif à avoir malgré tout des rapports sexuels non protégés ?

Il ressort de nos analyses qu'il existe bien des variables intermédiaires qui conduisent les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement. Des neuf variables retenues dans nos hypothèses opérationnelles, la pression psychologique, le contexte de l'action, l'inertie cognitive, la force de l'affectivité, et les antécédents de l'objet sont celles qui conduisent les adolescents-élèves des classes terminales de la ville de Yaoundé à la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement. Les circonstances de l'action, la force de l'habitude, la négociation et le but de l'action n'ont donc aucune influence statistiquement significative sur la manifestation par le participant d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement.

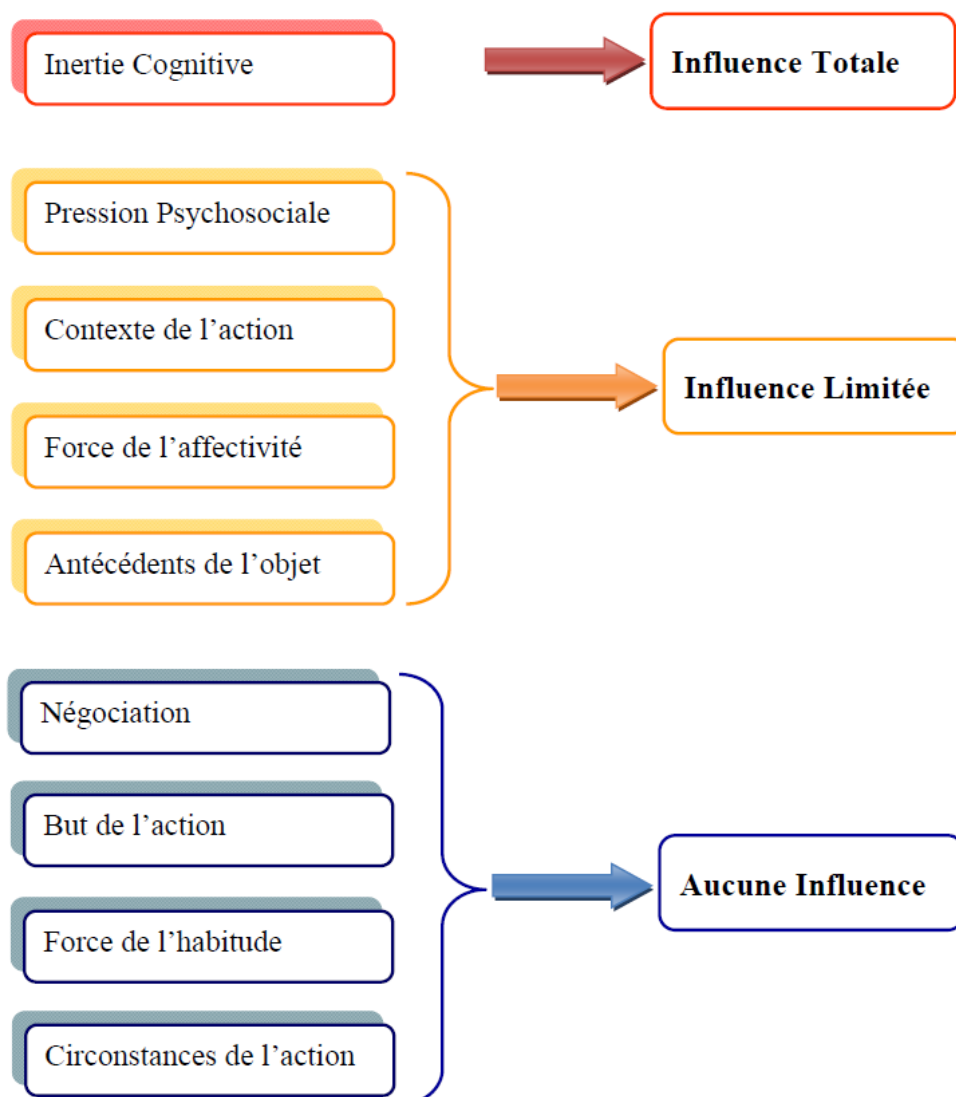
Par ailleurs, le bon sens commande de reconnaître que les cinq variables conduisant à la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement peuvent influencer le participant à des degrés différents. Il nous a donc semblé judicieux d'affiner nos conclusions, afin, notamment, de prendre en compte le degré d'influence des différentes variables dans la manifestation du comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement.

Nous avons notamment distingué deux effets : l'effet limité, et l'effet total. Il se pourrait qu'un facteur (parmi les cinq retenus) ne conduise à la manifestation du comportement « anti-intentionnel » que lorsqu'il influence par ailleurs **totalemment** la décision du port du préservatif ; dans ce cas l'effet du facteur considéré sur la manifestation du comportement « anti-intentionnel » sera dit "**limité**". D'autre part, l'effet d'un facteur sur la manifestation du comportement « anti-intentionnel » sera dit "**total**" lorsque ce facteur conduira à la manifestation du comportement « anti-intentionnel » indifféremment de son influence sur la décision du port du préservatif, qu'elle soit totale ou partielle. Il est ainsi clair que les facteurs ayant un effet "total" sur la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » seront plus à redouter que les facteurs n'ayant qu'un effet "limité" sur ledit comportement. C'est justement à cette fin de hiérarchisation que nous avons procédé à la distinction entre "effet total" et "effet limité".

Il ressort ainsi des analyses faites aux paragraphes précédents que des cinq variables conduisant le participant à la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel », une seule a un effet "total" sur la manifestation du comportement « anti-intentionnel » : l'**inertie cognitive**. Bien que conduisant elles aussi à la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement, les quatre autres variables (les antécédents de l'objet, la force de l'affectivité, le contexte de l'action, et la pression

psychosociale) n'ont sur la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » qu'un effet "limité".

La figure 36 représente les neuf variables retenues dans la formulation des hypothèses de recherche, avec l'influence de chacune d'elles sur la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement. Les variables influençant la manifestation du comportement anti-intentionnel sont divisés en deux catégories : ceux ayant une influence "totale" et ceux ayant une influence "limitée".



**Figure 36 :** Influence des différentes variables sur la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement.

En guise de récapitulation, le tableau 95 donne, pour chaque variable intermédiaire, son effet sur la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement en tenant compte, notamment, de son influence sur la décision de porter le préservatif.

Tableau 95 . Répartition des variables intermédiaires en fonction de leur influence effective sur la manifestation d'un comportement « anti-intentionnel » révélateur d'une résistance au changement, au regard de leur influence sur la décision du port du préservatif.

Variable intermédiaire	Influence la...		Conduit à la Manifestation du comportement Anti-intentionnel	Effet sur la Manifestation du comportement Anti-intentionnel
	Décision du port du préservatif	Manifestation du comportement Anti-intentionnel		
<i>Pression psychosociale</i>	Totalement	Oui	<b>Oui</b>	<b>Effet Limité</b>
	Partiellement	Non		
<i>Contexte de l'action</i>	Totalement	Oui	<b>Oui</b>	<b>Effet Limité</b>
	Partiellement	Non		
<i>Négociation</i>	Totalement	Non	<b>Non</b>	<b>Aucun Effet</b>
	Partiellement	Non		
<i>But de l'action</i>	Totalement	Non	<b>Non</b>	<b>Aucun Effet</b>
	Partiellement	Non		
<i>Inertie cognitive</i>	Totalement	Oui	<b>Oui</b>	<b>Effet Total</b>
	Partiellement	Oui		
<i>Force de l'habitude</i>	Totalement	Non	<b>Non</b>	<b>Aucun Effet</b>
	Partiellement	Non		
<i>Force de l'affectivité</i>	Totalement	Oui	<b>Oui</b>	<b>Effet Limité</b>
	Partiellement	Non		
<i>Circonstances de l'action</i>	Totalement	Non	<b>Non</b>	<b>Aucun Effet</b>
	Partiellement	Non		
<i>Antécédents de l'objet</i>	Totalement	Oui	<b>Oui</b>	<b>Effet Limité</b>
	Partiellement	Non		

Nous avons initialement neuf hypothèses de recherche. Au regard de la clarification que laisse observer le tableau ci-dessus et des résultats des différents khi-deux, nous constatons que cinq variables inventoriées comme intermédiaires ont exercé un effet notamment significatif sur la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ». Leur effet (limité ou total) étant statistiquement représentatif, il est évident de confirmer les hypothèses auxquelles sont liées ces variables intermédiaires. Dès lors, nous confirmons cinq des neuf hypothèses de recherche que nous avons formulées. Cette confirmation entraîne également celle de notre hypothèse générale. C'est ainsi que nous pouvons conclure que :il existe entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ». Pour être plus précis : il existe entre l'intention de porter un préservatif, une inertie cognitive, une pression psychosociale, un contexte de l'action, une force de l'affectivité, des antécédents de l'objet, qui conduisent au non port du préservatif pendant les rapports sexuels.

### 6.1.5- Intentions défavorables et port effectif du préservatif

Dans les paragraphes précédents, nous n'avons considéré que les participants ayant des intentions favorables en matière de port du préservatif ; nous avons notamment étudié les raisons du comportement « anti-intentionnel » négatif. Quoique très marginaux, il importe cependant de prendre en considération les 6% d'adolescents-élèves qui n'avaient aucune intention de porter le préservatif. La nécessité de considérer ce groupe est d'autant plus forte que 80% des adolescents-élèves n'ayant aucune intention de port du préservatif n'ont pourtant eu aucun rapport sexuel non protégé au cours des trois mois précédant la deuxième

phase de l'étude. Il serait donc pertinent de faire des croisements statistiques en vue de déterminer les raisons, de l'avis des adolescents-élèves, pour lesquelles ils ont eu un tel comportement « anti-intentionnel » positif.

Il ressort notamment de nos analyses que 83% des adolescents-élèves ayant des intentions défavorables vis-à-vis du port du préservatif et qui n'ont pourtant eu aucun rapport sexuel non protégé ont été motivés par le désir d'éviter les MST/Sida et les grossesses non désirées.

On conclut donc que le désir d'éviter les MST/Sida et les grossesses non désirées est la raison majeure qui a amené les adolescents-élèves à se protéger alors qu'ils n'en avaient pas l'intention. Cette conclusion est exactement la même lorsqu'on considère les autres 6% d'adolescents-élèves qui avaient des intentions neutres au sujet du port du préservatif au cours des mois à venir. Il est quand même préoccupant de constater que la majorité des adolescents qui ne manifestaient aucune intention de porter un préservatif pour se protéger, l'ont porté pendant leurs rapports sexuels et justifient leurs actes par des raisons de protection. Il est paradoxal également d'être indécis vis-à-vis d'un objet de prévention et d'utiliser cet objet pour se protéger. Il est possible de conclure à partir des résultats qu'il existe des individus qui ont pourtant de bonnes intentions mais qui n'arrivent pas à les décrire (ou à les exprimer). Car, il n'est pas pensable qu'il y ait action sans intention. Si c'est le cas, on peut conclure qu'on peut être en relation avec un objet, sans mentalement le percevoir, le construire, le représenter.

## **6.2- Discussion**

---

La question de savoir comment et pourquoi les individus sont motivés pour adopter de nouveaux comportements et changer les anciens, est controversée. Une étude sur le changement ou la résistance au changement de comportement sexuel face au VIH/Sida dans un contexte où le Sida décime au quotidien des vies humaines et/ou le seul moyen de prévention reste le port du préservatif pour des personnes sexuellement actives s'avère indispensable. La résistance au port du préservatif à l'ère du Sida reste une problématique préoccupante. Malgré de multiples recherches menées sur la question ces dernières années, aucune à notre connaissance ne s'est intéressée à la juxtaposition de la théorie d'Ajzen et la théorie du changement de comportement. En effet, la théorie de l'action planifiée d'Ajzen pose que l'intention est le facteur décisif qui peut garantir la production d'une action. Si tel est le cas, il est donc possible de penser que pour obtenir d'un individu un changement de comportement, il faut susciter en lui l'élaboration d'attitude ou plus précisément d'intention allant dans le sens du comportement à promouvoir. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, le comportement à promouvoir est le port régulier du préservatif pendant les rapports sexuels. Cependant, l'intention de porter le préservatif ne conduit toujours pas à son port effectif.

Cette étude s'inscrit dans la problématique de la mise en acte de l'intention. Selon Ajzen dans son modèle théorique, l'intention, porteuse d'action, conduit automatiquement à la réalisation de la dite action. Dans cet état d'esprit, Ajzen considère que l'individu est insensible aux variables intermédiaires à l'intention d'agir et l'action. Pour lui, de l'intention d'agir à l'action, aucune autre variable ne peut prétendre exercer une quelconque influence sur l'action. La théorie de l'action planifiée d'Ajzen est d'une ampleur incontestable dans la prédiction d'un comportement, dans la mesure où la prévention, la production d'un comportement ne devrait plus surprendre l'individu. Un individu qui est psychologiquement préparé à réaliser un comportement est plus susceptible de le réaliser qu'un autre qui n'est



pas psychologiquement préparé. En d'autres termes, un adolescent qui a l'intention de porter un préservatif a plus de chance de le porter qu'un autre qui n'a aucune intention favorable au port du préservatif. Nos résultats montrent que 62% des adolescents ayant l'intention de porter un préservatif l'ont effectivement porté. Cependant, 38% d'adolescents qui ont également manifesté l'intention de porter un préservatif ne l'ont pas du tout porté. Nous constatons que l'approche d'Ajzen ne s'intéresse pas du tout à l'action d'autres variables que nous nommons intermédiaires dans la transformation en acte de l'intention. Cela signifie que le contrôle que l'intention exerce sur l'action est dans certains cas minimisé, voire marginalisé, dans la mesure où l'intention n'est plus considérée lors de la réalisation de l'action.

Notre modèle de prédiction ou mieux de changement de comportement que nous allons présenter dans les paragraphes suivants veut compléter les travaux d'Ajzen et rendre son modèle plus rigoureux et plus efficace. Nous trouvons tout comme Ajzen que l'intention est une variable extrêmement importante dans le processus de prévention ou encore de prédiction. La prévention passe d'une part par l'élaboration des intentions favorables à la prévention, et d'autre part, par la faculté qu'a chaque individu à gérer l'influence que d'autres variables peuvent exercer d'une part sur l'intention et d'autre part sur l'action. Notre travail a bien voulu, dans un premier temps, appliquer le modèle d'Ajzen à l'acte sexuel, et dans un deuxième temps, identifier toutes les variables qui détournent l'intention de l'action. Autrement dit, recenser toutes les variables susceptibles d'agir directement sur l'action indépendamment de l'intention. Nous tenons à insister sur le concept indépendamment dans la mesure où, c'est en lui que nous puisons l'originalité de notre étude car de nombreuses recherches ont porté sur les causes de la résistance à l'usage du préservatif sans s'intéresser à la dynamique fonctionnelle entre ces causes présumées et les intentions des individus influencés par ces causes.

Notre modèle ne se confond pas à celui des contextualistes. Il va au-delà de l'approche selon laquelle les gens sont des producteurs autant que des produits de l'environnement. En bref, les gens sélectionnent et façonnent leur environnement. Cette causalité réciproque des caractéristiques personnelles et environnementales est mieux prise en compte par une perspective transactionnelle que contextualiste. Selon l'approche contextualiste, les influences socioculturelles agissent par les systèmes de soi (*Self-system*). Nous ne rejetons pour autant pas l'influence socioculturelle, nous pensons qu'il ne faut pas dissocier les structures mentales et prédictives du comportement. Car l'élaboration cognitive, l'interaction, l'inertie cognitive, la force de l'affectivité, les antécédents d'une action ne doivent pas être pensés indépendamment de l'action.

Il reste très difficile d'expliquer un comportement humain comme la résistance à l'usage du préservatif face au VIH/Sida, sans prendre en compte les multiples variables qui le provoquent, le déclenchent et le déterminent. Même si le Sida pose un problème de santé physique, il pose aussi le problème de représentation, de perception de l'acte sexuel et des pulsions et satisfactions sexuelles dont l'assouvissement est parfois indispensable pour l'équilibre de l'individu et/ou du couple. L'étude de la résistance à l'usage du préservatif devrait également prendre en compte la nature subjective de la psyché humaine. La subjectivité proviendrait de la particularité des processus de traitement de l'information qui induisent une déformation du monde réel.

A partir d'un certain niveau de complexité de la structure cognitive, on observe l'émergence des comportements que l'on pourrait qualifier de « volontaire ». Bien que cette notion soit actuellement difficile à expliciter, il semblerait néanmoins dans la mesure du possible, nécessaire de la prendre en compte lors de l'étude de la réalisation du port du

préservatif qui le plus souvent émanerait de la volonté des deux partenaires. Il est donc important, dans toute étude sur la résistance à l'usage du préservatif, de dissocier les variables subjectives des variables objectives.

Le concept objectif du comportement sexuel serait indépendant de la construction cognitive subjective d'un individu. Il devrait permettre de décrire, caractériser et nommer le comportement sexuel que nous avons étudié sous forme de changement ou de résistance au changement. Le concept subjectif du comportement sexuel quant à lui devrait rendre compte de la subjectivité et de la variabilité des perceptions et représentations humaines, existant en raison des spécificités des processus de traitement de l'information. Il devrait permettre de décrire, caractériser et nommer, dans une culture donnée et à une époque donnée, la perception subjective que les gens ont du comportement sexuel. La sexualité est un aspect peu exploré et mal compris du comportement humain. L'infection au VIH/Sida nous interpelle en ce que nous avons de plus intime et de vital. Les problèmes sexuels de ces dernières années nous montrent de plus en plus le péril dans lequel se trouve la jeunesse actuelle sexuellement active. Analyser la résistance à l'usage du préservatif reste une tâche complexe et délicate qui ne peut être achevée dans le cadre de cette étude. Aussi sommes-nous conscient que nous avons soulevé autant de questions que nous avons apporté de réponses.

Nous ne devrions pas perdre de vue que les comportements sexuels, à l'instar du port du préservatif est affectif, cognitif, social et même culturel. La rationalité et le contrôle d'un pareil comportement demeurent incertains. Notre étude sur la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel » montre que de l'axe épistémologique (intention) à l'axe praxéologique (action) existent des variables susceptibles de détourner le fonctionnement psychologique des adolescents désireux utiliser le préservatif pour les conduire à une résistance totale à l'usage du préservatif pendant les rapports sexuels. Les travaux précédents et récents n'ont pas pu montrer comment à l'axe praxéologique s'effectuent de nouvelles élaborations cognitives qui sont suscitées par l'intervention des variables intermédiaires telles que : l'interaction (pression psychosociale), le contexte, l'inertie cognitive, la force de l'affectivité, les antécédents de l'objet. L'importance de la connaissance, de la manipulation, de la maîtrise et du contrôle de ces variables par les individus est indispensable pour sauvegarder la permanence cognitive (la permanence de l'intention) et le primat du cognitif (intention) sur l'affectif et le social pendant les rapports sexuels. Ce n'est qu'à ce titre que l'intention garderait permanemment la suprématie sur les autres variables d'action.

Il s'avère donc urgent, sur le plan théorique, d'explorer de nouvelles pistes de recherche suscitées par nos résultats. Nous trouvons nécessaire d'envisager des études sur le temps que met une intention avant d'expirer ; les variables qui entretiennent l'intention ; l'avenir d'une intention après que l'action s'est produite ; le genre dans la production d'une intention ; le niveau d'étude et la faculté d'élaborer, d'entretenir et de réaliser une intention.

Au plan méthodologique, nous avons utilisé la méthode d'enquête et nous avons mené une étude longitudinale et avons privilégié le questionnaire aux autres instruments de recherche. Une étude sur un aspect lié à l'intimité comme la sexualité (le port du préservatif) nécessiterait l'usage impératif des entretiens, dans la mesure où la sexualité est tabouée et ne pas porter le préservatif à l'ère du Sida devrait être considéré comme une aberration. Seuls les entretiens devraient garantir plus d'objectivité au niveau des réponses des participants. Cependant, il était également impératif à la lumière de notre problématique de repérer les adolescents sexuellement actifs avant d'envisager les entretiens. Le repérage devrait constituer un véritable obstacle dans la mesure où aucune variable physique ou

externe à l'adolescent ne permet de statuer sur son statut sexuel, c'est-à-dire de dire s'il a ou non des rapports sexuels. C'est la raison pour laquelle une enquête à grande échelle sur un nombre important de personnes nous a semblé plus indiquée. Elle nous a permis de satisfaire aux grandes attentes méthodologiques de notre étude. Car, il fallait que les participants repérés puissent manifester des intentions favorables au port du préservatif, d'une part, et d'autre part, avoir des rapports sexuels trois mois plus tard. Les entretiens n'auraient pas facilité l'accomplissement d'une telle démarche.

Outre la méthode d'enquête que nous avons utilisée, la méthode expérimentale aurait été plus appropriée pour la réalisation de notre étude. Pour une étude qui porte sur l'influence des variables intermédiaires sur une autre dite principale, la soumission des participants aux expériences aurait été plus enrichissante pour une description objective des faits observés après manipulation. Il était impératif que nous créions des situations expérimentales. Il fallait créer des conditions expérimentales avec chaque variable présumée intermédiaire et contrôler suite à des manipulations les réactions des participants. A ce titre les résultats auraient apporté plus de précision. Toutefois, la création de ces conditions aurait nécessité que les participants aient des rapports sexuels dans notre laboratoire et sous notre contrôle. Les difficultés liées à une pareille mise en scène ne sont plus à démontrer.

### 6.3- Modèle de prédiction des comportements humains proposé

De la synthétique des résultats, analyses et discussion, nous proposons le modèle suivant :

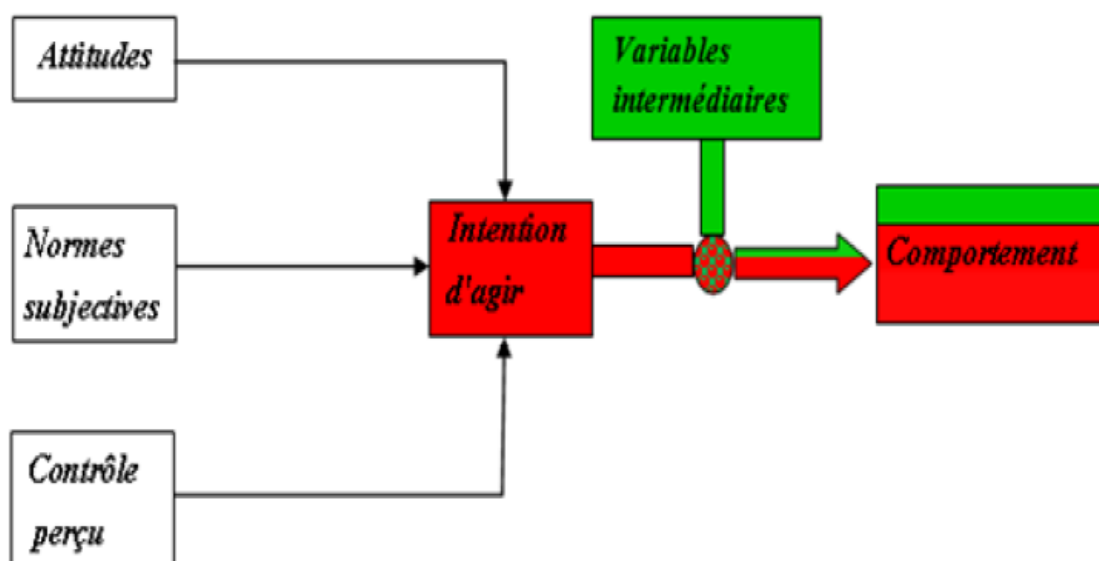


Figure 37 : Modèle « élargi » de prédiction de comportement

D'après ce modèle, pour prédire un comportement il faut:– Elaborer une intention d'action relative au comportement à prédire;

- Identifier toutes les variables susceptibles de provoquer le comportement à prédire;
- Mesurer et évaluer leur influence sur le comportement à prédire;
- Retenir les variables les plus influentes ;

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action.  
Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales  
de Yaoundé (Cameroun).**

---

- Confronter ces variables à l'intention pour déterminer la qualité du conflit provoqué et la qualité des moyens déployés par l'intention pour résister à ce conflit;
- Déterminer les variables les plus résistantes à l'intention et les considérer comme intermédiaires;
- redire le comportement en fonction de l'intention et de l'orientation des variables intermédiaires.

---

# Conclusion générale

Nous avons reproché à la théorie de l'action planifiée d'Ajzen (1991) de ne pas toujours prévoir l'action à partir de l'intention, d'où l'urgence d'explorer l'effet des variables intermédiaires qui théoriquement peuvent en être la cause. La moindre des choses était donc de vérifier s'il était possible d'appréhender l'action à partir des variables autres que l'intention. La présente étude avait pour objectif d'explorer minutieusement les difficultés que rencontre l'intention dans l'accomplissement de l'action y afférente. Elle s'est ainsi intéressée à la problématique de la mise en acte de l'intention. Dans le but de décrire d'une part l'effet que l'intention exerce sur les autres variables dites d'action et d'autre part l'effet que ces variables exercent sur l'intention, dans la mesure où l'action ne s'accomplit pas d'une manière mécanique.

La recherche que nous avons menée s'est faite en deux temps : dans un premier temps, une échelle d'intention conformément aux grandes articulations théoriques et méthodologiques de la théorie de l'action planifiée a permis de mesurer les intentions des participants vis-à-vis du port du préservatif, et dans un second temps, un questionnaire comportant des questions fermées et ouvertes a permis de décrire l'influence des variables présumées de résistance au port du préservatif sur l'intention. L'enquête s'est déroulée dans les lycées, collèges et instituts de la ville de Yaoundé choisis au hasard. Trois cents quarante-deux participants ont été retenus pour l'analyse des résultats.

Les résultats obtenus pendant la première phase ont montré que les participants dans une très grande majorité (88%) manifestaient des intentions favorables au port du préservatif pour se protéger contre le VIH/Sida pendant les trois mois à venir. Il faut aussi mentionner que 6% des participants étaient indécis et 6% avaient manifesté des intentions plutôt défavorables au port du préservatif pour se protéger du VIH/Sida. Il nous a été donné de constater l'existence d'une corrélation très forte entre les variables de la théorie de l'action planifiée (normes subjectives, attitudes, contrôle comportemental perçu) et l'intention. En effet, le calcul de la matrice de corrélation a montré qu'il existait une corrélation statistiquement très significative entre l'intention de porter un préservatif et l'attitude vis-à-vis du port du préservatif, les normes subjectives sur le port du préservatif, le contrôle comportemental perçu sur le port du préservatif. C'est la raison pour laquelle l'intention de porter un préservatif a été retenue au détriment des autres variables de la théorie de l'action planifiée, ceci dans le but d'éviter la redondance.

Les résultats obtenus pendant la deuxième phase nous ont permis de nous rendre compte que 62% des participants ayant manifesté une bonne intention de porter un préservatif pour se protéger du VIH/Sida l'ont effectivement porté pendant leurs rapports sexuels. Par contre, 38% des participants ayant par ailleurs manifesté une bonne intention de porter un préservatif ont eu des rapports sexuels non protégés, c'est-à-dire n'ont pas porté un préservatif pendant leurs rapports sexuels. De même, le calcul du khi-deux de Pearson a permis d'identifier sept variables (pression psychosociale, contexte, inertie cognitive, force de l'affectivité, antécédents de l'objet, but de l'action et les circonstances) comme influençant la décision de porter un préservatif chez les participants. De ces variables, cinq (pression psychosociale, contexte, inertie cognitive, force de l'affectivité, antécédents) ont été inventoriées comme exerçant un effet statistiquement significatif sur

la résistance à l'usage du préservatif chez des participants manifestant une bonne intention de porter un préservatif.

L'analyse des résultats, d'une manière générale, permet de conclure que l'action ne se déroule pas d'une manière mécanique. L'action psychosociale se réalise dans un système ouvert ou mieux encore dans ce que Lewin (1951) nomme « champs de forces ». L'action subit pendant sa réalisation l'influence d'autres variables d'action, c'est-à-dire des variables susceptibles également de provoquer, déclencher, organiser, contrôler et produire le comportement intentionnel. Il se produit donc un conflit entre l'intention et ces variables. L'accomplissement de l'action dépend extrêmement de l'issue de ce conflit. Car c'est la variable « victorieuse » qui assure l'accomplissement de l'action en lui donnant le contenu et la direction qu'elle souhaite. Il nous est permis de conclure que : **de l'intention d'agir à l'action existent des variables qui autant que l'intention agissent sur le comportement intentionnel.** Cela signifie que l'intention a bel et bien un pouvoir de prédiction sur l'action mais pour son accomplissement, elle ne doit pas céder aux pressions d'autres variables concurrentes. Elle agit selon trois principes : soit elle assure la suprématie sur l'action, soit elle est inerte ou totalement écrasée pendant la réalisation de l'action. Il existe également deux types de variables intermédiaires : celles qui facilitent la réalisation de l'intention et celles qui entravent sa réalisation.

De cette conclusion, la résistance à l'usage du préservatif est due à la faiblesse de l'intention. Les adolescents qui n'utilisent pas le préservatif pendant les rapports sexuels ne sont pas toujours ceux qui ont des intentions défavorables vis-à-vis du port du préservatif. Ils ont de bonnes intentions d'utiliser un préservatif pour se protéger du VIH/Sida, mais pendant l'acte sexuel, leurs bonnes intentions cèdent aux pressions d'autres variables d'action. Le changement de comportement sexuel dépend de la faculté qu'a chaque adolescent à pouvoir gérer les pressions suscitées par ces variables intermédiaires. L'acte sexuel se réalisant dans une situation d'interaction, l'interaction entre les partenaires est extrêmement significative. Deux adolescents qui ont des bonnes intentions d'utiliser un préservatif ont plus de chance de réaliser leurs intentions que deux autres adolescents qui ont des intentions plutôt contradictoires. Dans le second cas, c'est l'intention du partenaire possédant la majorité psychologique qui se réalisera. Et l'intention de l'autre partenaire restera inerte, inoffensive ou totalement écrasée.

Nous pensons toutefois, qu'il serait tout de même intéressant d'explorer les problématiques suivantes pour mieux enrichir la théorie de l'action planifiée et l'effet des variables intermédiaires sur l'intention :

- quel est le temps maximal que met une intention avant d'expirer ?
- après qu'une intention soit rendue inerte, quel est son avenir ?
- après que l'intention se soit réalisée, que redevient-elle ?
- la variable intermédiaire agit-elle avec la même pression sur l'intention dans toutes les circonstances ?
- dans quelles circonstances la variable intermédiaire contribue-t-elle à la production de l'action intentionnelle ?
- la variable intermédiaire suscite-t-elle l'élaboration d'une nouvelle intention ?

Notre étude comporte néanmoins quelques limites. La première est qu'elle étudie un comportement qui, sur le plan scientifique, est très controversé. Le comportement sexuel demeure un phénomène complexe, un objet d'étude ambigu pour le psychologue social. Le comportement auquel nous nous sommes intéressé est un comportement érotique qui serait acquis, pourrait être compris comme étant la recherche volontaire et consciente

des plaisirs physiques intenses provoqués par la stimulation du corps (Prescott, 1996). En raison des caractéristiques particulières du système nerveux, un très grand nombre de stimulations et d'activités peuvent procurer des plaisirs physiques intenses. Potentiellement, le comportement érotique peut être très divers et très différent d'un individu à l'autre. Le rôle de l'érotisme est central et capital dans la manifestation du comportement sexuel. Le port du préservatif avant d'être cognitif est d'abord affectif. Car, il dépend des expériences affectives que les adolescents ont du rapport sexuel protégé ou non protégé. Même si sur le plan cognitif, le préservatif est une barrière au contact du VIH/Sida, sur le plan affectif, il est plutôt une barrière à la plénitude sexuelle. C'est la raison pour laquelle, associer le cognitif (intention) à l'affectif (action) a été une opération plutôt délicate.

La seconde limite de l'étude est que nous avons omis de mesurer l'intention des partenaires avec lesquels nos participants ont eu des rapports sexuels. La connaissance de leurs intentions devrait nous aider à mieux décrire le conflit interintentionnel qui se déroule dès lors que les partenaires ont des intentions contradictoires (contraires). Présentement, il nous est difficile d'en faire une description objective. Il est aussi vrai que parmi nos participants, il y en a dont les partenaires sexuels ont été retenus pour l'étude mais cette précision aurait été plus significative que dans son état actuel.

Une autre limite de notre étude est qu'elle étudie le comportement sexuel des participants ayant un niveau d'étude assez considérable. Il serait prudent avant toute inférence de savoir si les adolescents ayant un niveau inférieur ou supérieur à celui de nos participants réagiraient de la même façon aux variables intermédiaires. Car, rien n'exclut l'influence du niveau d'étude sur la formation des intentions, leur maintien et leur réalisation.

La dernière limite de l'étude est qu'elle s'est fondée sur une théorie conçue pour l'étude des comportements individuels et non des comportements sociaux ou psychosociaux. L'application de la théorie de l'action planifiée se faisait exclusivement dans des situations où les individus exerçaient une influence totale sur leurs intentions et sur leurs actions. Dans les actions psychosociales, l'individu perd ce contrôle sur l'action et le cheminement de l'intention n'est plus le même. Il est tout de même important de préciser que c'est dans ces limites que notre étude tire son originalité, dans la mesure où notre étude a permis d'une part de rationaliser l'acte sexuel en lui donnant une charge intentionnelle, et d'autre part à rendre possible l'application de la théorie de l'action planifiée à une action psychosociale. A cet égard, les prochaines lignes fourniront quelques recommandations qui, nous le souhaitons, pourront servir de guide au développement d'éventuelles méthodes de prévention et d'intervention dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida.

La lutte contre le VIH/Sida chez les adolescents devrait passer par l'élaboration des intentions favorables envers le port du préservatif. Dans cet état d'esprit, le préservatif devrait être défait des rumeurs qui l'entourent et surtout de la dimension affective qui l'accompagne. Le préservatif en soi n'est pas un objet affectif, mais plutôt un objet préventif, c'est-à-dire cognitif. Le constat que nous avons fait est que les promoteurs du préservatif ont participé à dépouiller le préservatif de sa dimension rationnelle en cherchant à l'associer au plaisir (« le préservatif fait durer le plaisir »). Ils ont aussi fabriqué des préservatifs corroborant à cette image mentale (des préservatifs plus fins, moins fins, etc.), étant donné que les adolescents pensent également que le préservatif diminue le plaisir, il serait plutôt souhaitable de parler leur langage. Les nouveaux messages de prévention devraient être dans l'ordre : « le préservatif diminue le plaisir mais protège contre le VIH/Sida ». Ce qui est mis en évidence, ici, c'est la protection, la sécurité, la prévention et non l'affectif (émotions et sentiments).

Si les adolescents retirent le préservatif de ses dimensions affective et émotionnelle, il y a plus de chance qu'ils y pensent. Si l'intention conduit à l'action, la rationalisation du préservatif s'avère efficace pour la lutte contre le VIH/Sida. Dans le ratio cognitif / affectif relatif à un comportement comme le port du préservatif, il est plus évident que l'acte soit contrôlé par l'affectif, d'où la nécessité de dépouiller le préservatif de sa dimension affective pour épargner son usage de toute recherche de plaisir.

Nous avons également constaté que les adolescents qui ont eu des rapports sexuels non protégés étaient dans une situation d'inertie cognitive. Il est dès lors souhaitable de renforcer leurs élaborations cognitives en leur montrant au quotidien des images des personnes souffrant, mourant du Sida dans le but d'entretenir leurs bonnes intentions envers le port du préservatif. Dans les lycées, collèges et Instituts par exemple, il serait important d'introduire des rubriques « lutte contre le Sida », pendant lesquelles, les enseignants devraient dire la vérité aux adolescents en leur présentant des preuves concrètes. Ceci a pour effet bénéfique de renforcer leurs cognitions et aussi leurs bonnes intentions ou le changement de leurs mauvaises intentions sur la maladie et d'actualiser leurs intentions.

Les adolescents ont encore justifié le non usage du préservatif par la confiance au partenaire sexuel. Il est impératif de signaler qu'à l'ère du Sida, la confiance ne devrait pas exclure la protection, puisque les adolescents peuvent avoir confiance en un partenaire sérieux mais porteur du VIH/Sida. Le dépistage devrait précéder la confiance. De nos jours, ce n'est que le test qui permet d'évaluer la confiance du partenaire. Il est très urgent que les adolescents associent la confiance au test négatif du VIH/Sida. Même si ceci ne peut justifier en rien la fidélité du partenaire, dans la mesure où, un adolescent peut être infidèle à des partenaires sains. Le rapport sexuel non protégé ne doit être possible qu'au cas où un test de dépistage au VIH/Sida a prouvé la séronégativité des deux partenaires.

La recherche a aussi montré que les décisions en matière de sexualité (acte sexuel) sont habituellement le fait des hommes. Ainsi, les femmes doivent désormais savoir que le port du préservatif est bénéfique et préventif. Leur implication est pertinente pour freiner la grande vitesse que prend le Sida. Car, si toutes les femmes imposent le port du préservatif à leurs partenaires, ceux-ci seraient parfois obligés de le porter. Mais seulement, il reste encore un travail sérieux qui consiste à clarifier les rapports de genre et à défaire la sexualité féminine des normes sociales tributaires et fantaisistes. Ainsi, dans un contexte où le sexe est sujet tabou et/ou la sexualité non reconnue et réprimée des femmes est construite en opposition à celle exacerbée des hommes, il semble évident que les sociétés africaines doivent prendre conscience et reconnaître que ces normes contribuent à la vulnérabilité des hommes comme à celle des femmes. Dans cette perspective, pour limiter la vulnérabilité des adolescents au VIH/Sida, nous encourageons les interventions qui promeuvent la reconnaissance de la sexualité féminine. La valorisation de la sexualité féminine devrait apporter un nouvel assaut dans la lutte contre le VIH/Sida. L'autonomie dans la décision du rapport sexuel et du port du préservatif devrait être remise à la femme. La reconnaissance de la sexualité des femmes devrait à notre avis passer par celle de leur statut d'être humain à part entière, non seulement en ce qui concerne leurs devoirs et leurs responsabilités, mais aussi en ce qui concerne leurs droits, leurs besoins et leurs désirs. Cet exercice nécessite un partage de pouvoir entre les hommes et les femmes en matière de sexualité.

Parvenu à la fin de notre étude, nous trouvons judicieux de préciser que nos objectifs dans la majorité des cas ont été atteints. Cette étude a montré d'une part le rôle que peuvent jouer les variables intermédiaires dans la relation intention-action et d'autre part leur importance dans la prédiction de l'action. Elle a permis de comprendre que le rôle des variables intermédiaires était capital dans le processus de la mise en acte de l'intention. Elle



a encore permis d'identifier des variables liées aux dynamiques relationnelles et sociales qui caractérisent le comportement sexuel. Elle montre également qu'il existe une dynamique fonctionnelle entre les registres affectif et cognitif et que cette dynamique dans le cas des comportements psychosociaux est déterminée par la qualité des relations qui lient les partenaires et aussi par la qualité des moyens que déploie chaque individu pour gérer les conflits psychologiques et psychosociaux que leur intervention crée. Il est aussi important de préciser que quatre hypothèses de recherche n'ont pas été confirmées, les prochaines recherches devraient apporter d'amples explications. Ces nouvelles pistes de recherche devraient permettre de mieux comprendre l'ensemble des processus psychologiques qui se dérouleraient entre l'intention d'agir et l'action de même que l'origine des conflits, leur organisation et leur structure.

## Références bibliographiques

- Abdi, H.(1989). *Introduction au traitement statistique des données expérimentales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C.(1996). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Paris : Duval.
- Aebischer, V. & Oberlé, D.(1990). *Le Groupe en psychologie sociale*. Paris : Dunod.
- Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)(2001). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France en 2001, *Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France*.
- Aïssani, Y. (2003). *La psychologie sociale*. Paris : Armand Colin.
- Ajzen, I.(1977). «Intuitive theories of events and the effects of base rate information on prediction». *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, (pp. 303-314).
- Ajzen, I.(1991). «The theory of planned behaviour». *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, (pp. 179-211).
- Ajzen, I.(2001).«Nature and operation of attitudes». *Annual Review of psychology*, 52, (pp. 27-58).
- Ajzen, I.(2002a). «Perceived behavioural control, self- efficacy, locus of control, and the theory of planned behaviour». *Journal of Applied Social Psychology*, 32, (pp.665-683).
- Ajzen, I.(2002b).«Attitudes». InR. Fernander Ballesteros(ed.) *Encyclopedia of Psychological Assessment*, 1, (pp.110-115). London: Sage Publications.
- Ajzen, I.(2002c).«Residualeffects of past on later behaviour: Habituation andreasoned action perspectives». *Personality and Social Psychology Review*, 6, (pp.107-122).
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behaviour (2nd edition)* . Milton-Keynes, England: Open University Press/ M.c Graw-Hill.
- Ajzen, I. & Fishbein, M.(1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood cliffs, N J: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Fishbein, M.(2000).«Attitudes and the attitude-behaviour relation: Reasoned and automatic processes». In W. Stroebe & M. Hewstone (eds.), *European Review of Social Psychology*, (vol. 11, (pp.1-33)).Chichester, England: Wiley.
- Ajzen, I. & Fishbein, M.(2004). «Questions raised by a reasoned actionapproach: Comment on Ogden (2003) ». *Health psychology*, 23, (pp. 431-434).
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005). «The influence of attitudes on behaviour». In D. Albrarrac#n, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (eds), *The handbook of attitudes*, (pp.173-221). Mahwah, N.Y: Erlbaum.

- Ajzen, I. & Madden, T. J.(1986). «Prediction of goal directed behaviour: attitudes, intentions, and perceived behavioural control». *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, (pp.453– 474).
- Ajzen, I. & Sexton, J.(1999). «Depth of processing, belief congruence, and attitude-behaviour correspondence». In S. Chaiken & Y. Trope (eds), *Dual process theories in Social Psychology*, (pp.117-138). New York: Guilford.
- Ajzen, I., Brown, T.C. & Carvajal, F.(2004). «Explaining the discrepancy between intentions and actions: the case of hypothetical bias in contingent valuation». *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, (pp.1108-1121).
- Ajzen, I., Rosenthal, L.H. & Brown, T. C.(2000).«Effects of perceived fairness on willingness to pay». *Journal of Applied Social Psychology*, 30, (pp. 2439-2450).
- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.-P., Maroy, C., Ruquoy, D. & DE Saint-Georges, P. (1995). *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Armand Colin.
- Allport, G. W.(1935). «Attitudes». In C. M. Murchison(ed.), *Handbook of Social Psychology*, (pp.798-884). Worcester, Mass: Clark University Press.
- Amin, E. M. (2004). *Foundations of statistical inference for social science research*. Uganda: Makerere University Press.
- Anderson, J.-R. (1983). *The architecture of cognition*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Apostolidis, T. & Cordival, S.(1995).Représentations sociales et attitudes à l'égard des personnes séropositives en fonction du mode de contraction de la maladie. *Rapport de recherche du LPS. EHESS*.
- Armitage, C. J. & Conner, M.(2000).«Social cognition models and health behaviour: A structured review». *Psychology & Health*, 15, (pp.173-189).
- Armitage, C. J.(2005). «Can the theory of planned behaviour predict the maintenance of physical activity? ». *Health Psychology*, 24, (pp.235- 245).
- Aronson, E. & Carlsmith, J. M.(1974). «L'effet de l'importance de la menace sur la dépréciation du comportement interdit». In J. P. Poitou (ed.), *la dissonance cognitive* , (pp.102-108). Paris: Armand Colin.
- Asch, S. E.(1952). *Social psychology*. New York: Prentice Hall.
- Bachelard, G. (1996). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Librairie philosophique.
- Bacher, F.(1982). *Les enquêtes en psychologie*. Lille : Presses Universitaires de Lille.
- Bagozzi, R. P.(1981). «Attitude, intentions and behaviour: A test of some key hypotheses». *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, (pp.607– 627).
- Baker, G.(1968). *Ecological psychology: concepts and methods for studying the environment of human behaviour*. Stanford (col.), Stanford: University Press.
- Baldo, M., Aggleton, P. & Slutkin, G.(1993).«Does sex education lead to earlier or in increased sexual activity in youth». Berlin, IX<sup>e</sup> *Communication à la conférence internationale sur le SIDA*, Berlin.
- Bandura, A.(1977). *Social learning theory*. Englewood cliffs: NJ, Prentice- hall.

- Bandura, A.(1994). «Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection». In R. Diclemente & J. Peterson (eds). *Prevention AIDS: Theories and methods of behavioural interventions*, (pp. 25-59). New York: Plenum.
- Bandura, A. (1997). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Bardin, L.(1991). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Barus-Michel, J., Enriquez, E. & Levy, A.(dir.)(2002). *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville : Erès.
- Bauni, E. K. (1990). «The changing sexual patterns of the Meru people of the chogoria Region, Kenya». *Paper presented at the IUSSP Seminar on anthropological studies relevant to the sexual transmission of HIV*, sonderborg, Denmark, November 1990, (pp.19-22).
- Beaud, M. (2003). *L'art de la Thèse : comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA ou de maîtrise ou tout autre travail universitaire*. Paris : la Découverte.
- Beaufils, B.(1996). *Statistiques appliquées à la psychologie, tome2*. Paris : Bréal (coll. LexiFac psychologie).
- Becker, M. H., Rayon, S. M. & Rosenstock, I. M.(1978). «Conformité à un régime médical pour l'asthme : un essai du modèle de croyance de santé ». *La Santé Publique Rapport*, 93, (pp.268-277).
- Bélec, L.(2001). *La transmission sexuelle du sida*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bem, D. J.(1972). «Self perception theory». In L. Berkowitz,(ed.), *Advances in experimental social psychology*, (pp.1-62). New York: Academic Press.
- Bem, D. J.(1967). «Self perception: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena». *Psychological Review*, 74, (pp.183-200).
- Bennett, P. & Bozionelos, G.(2000).«The theory of planned behaviour as predictor of condom use: A narrative review». *Psychology Health Medicine*, 5, (pp.307-326).
- Bernard, C.(1987). *Principes de médecine expérimentale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Berndt, T. J.(1982). «The features and effects of friendship in early adolescence ». *Child Development*, 53, (pp.1447-1460).
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire-dire : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Blanchet, A.(ed.)(1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Bloch, H., Chemama, R., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J. & Moscovici, S. (2007). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Bloch, H., Depret, E., Gallo, A., Garnier, P. H., Gineste, M. D., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J., Reuchlin, M., Casalis D. (1997a). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, A-K. Paris : Larousse.
- Bloch, H., Depret, E., Gallo, A., Garnier, P. H., Gineste, M. D., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J., Reuchlin, M., Casalis D. (1997b). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, L-Z. Paris : Larousse.

- Boudon, R. & Bourricaud, F.(2004). *Dictionnaire critique de Sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Boula, J.-G.(2004). Les infections sexuellement transmissibles en Afrique subsaharienne et la prévention. *Projet d'intervention*. (Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales).
- Bouvard, M.(2002). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Paris : Masson.
- Braconnier, A. & Marcelli, D.(1998). *L'adolescence aux mille visages*. Paris: Odile Jacob.
- Brehm, J. W. & Cohen, A. R.(1962). *Explorations in cognitive dissonance*. New York: Wiley.
- Brehm, J. W.(1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Brehm, S. S. & Brehm J. W.(1981). *Psychological reactance*. New-York: Academic Press.
- Brenot, J. & Tuvee, L. (1996). *Le changement dans les organisations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bril, B. & Lehalle, H.(1988). *Le développement psychologique est-il universel ? Approches interculturelles*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Brinberg, D. & Cummings, V.(1984). «Purchasing generic prescriptions drugs: an analysis two behavioural intentions models». In *Advances consumer Research*, 11, (pp.229-234).
- Butler, R. N. & Brody, J. A. (1995). *Delaying the onset of late life dysfunction*. New York: Springer.
- Cacioppo, J. T. & Petty, R. E.(1982). «The need for cognition». *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, (pp.116-131).
- Caldwell, J. C., Caldwell, P. & Ankrah, E. M.(1993).«African families and AIDS: context, reactions and potential interventions». *Health Transition Review*, 17 (2), (pp.1-16).
- Caldwell, J. C., Orubuloye, I. & Caldwell, P.(1991).«The destabilization of the traditional Yoruba sexual system». *Population and Development Review* , 17, 2, (pp.229-262).
- Caldwell, J., Caldwell, P. &Quiggins, P.(1989). «The social context of Aids in sub-Saharan Africa». *Population and Development Review*, 15, 2, (pp.185-234).
- Calves, E. A.(1996).«Youth and fertility in Cameroon: changing patterns of family formation». The Pennsylvania State University. (Thesis, Rural Sociology and Demography).
- Campan, R.(1986). *Neuroéthologie*. Paris : Centre National de Recherches sur le Sida.
- Castle, S. (2003). « Doubting the existence of AIDS, a barrier to voluntary HIV testing and counselling in urban Mali». *Health Policy and Planning*, 18, 2,(pp.146-155).
- Cerclé, A. & Somat, A.(2005). *Psychologie sociale: cours et exercices*. Paris : Dunod.
- Champagne, P., Lenoir, R. & Merllier, D. (1994). *Initiation à la pratique sociologique*. Paris: Bordas.

- Chang, M. K. & Cheung, W.(2001). «Determinants of the intention to use Internet / www at work: a confirmatory study». *Information & Management*, 39, (pp. 1-14).
- Chisman, F. P. (1976). *Attitude psychology and the study of public opinion*. Pennsylvania State: Pennsylvania University Press.
- Cialdini, R. B., Petty, R. E. & Cacioppo, J. T.(1981). «Attitude and attitude change». *Annual Review of Psychology*, 32, (pp.357-403).
- Cibois, P.(1987). *Une analyse factorielle*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Claes, M. (1986). *L'expérience adolescente*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Coch, L. & French, J. R. P.(1948). «Over coming resistance to change». *Human Relations*, 11, (pp. 512 – 532).
- Codol, J. P. (1976). «On the so-called "superior conformity of the self" behaviour: twenty experimental investigations». *European Journal of Social Psychology*, 5, (pp.457-501).
- Codol, J.-P.(1973). «Le phénomène de la « conformité supérieure de soi », expériences exploratoires». *L'Année psychologique*, 73, (pp.565-585).
- Codol, J.-P.(1984). «L'asymétrie de la similitude perçue entre des personnes diversement stéréotypées». *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 4, (pp.601-606).
- Coleman, J. C. (1980). *The nature of adolescence*. Londres: Methuen.
- Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).(1998). *Faire face au VIH/SIDA : la stratégie camerounaise*, Yaoundé, Cameroun : Ministère de la Santé Publique.
- Conein, B. & Jacopin, E.(1994).« Action située et cognition : le savoir en place ». *Sociologie du Travail*, 36, 4, (pp. 475-500).
- Conner, M. & Norman, P.(dir.)(1996). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- Cottraux, J.(2000). « Méthodologie: les échelles d'attitude ». *Recherche en soins infirmiers*, 62, (pp.25 – 27).
- Daval, R., Bourricaud, Y., Delamotte, Y. & Doron, R.(1963). *Traité de psychologie sociale, vol. I*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Davidson, A. R.(1995). « From attitudes to actions to attitude change: the Effects of Amount and Accuracy of Information ». In R. E. Petty & J. A.Krosnick (ed), *Attitude strength: antecedents and consequences*, (pp. 315 – 336). Mahwah: NJ.
- Davis, F. D.(1989). «Perceived usefulness, perceived Ease of use, and user acceptance of information Technology». *Miss quarterly*, 13, (pp.319-340).
- Dawes, J.(2008). «Do data characteristics change According to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales». *International Journal of Market Research*, 50, 1, (pp.61-77).
- DE Montmollin, G.(1977). *L'influence sociale : phénomènes, facteurs et théories*. Paris: Presses Universitaires de France.
- DE Montmollin, G.(1984). «Le changement d'attitude ». In S. Moscovici, *Psychologie Sociale*, (pp.91-138). Paris : Presses Universitaires de France.
- DE Singly, F.(1992). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Paris : Nathan.

- Debaty, P. (1967). *La mesure des attitudes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Debesse, M.(1993). *L'adolescence*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Delhomme, P. & Meyer, T.(2003). *La recherche en psychologie sociale . Projets, méthodes et techniques*. Paris : Armand Colin.
- Deutsch, H. (1970). *Problèmes de l'adolescence : la formation de groupes*. Paris: Payot.
- Deutsch, M. & Gerard, H. B.(1955). «A study of normative and informational social influences upon individual judgment». *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, (pp.629-636).
- Diop, J. N.(1995). «La fécondité des adolescentes au Sénégal». *Programme de petites subventions de l'UEPA*, 11, Septembre 1995.
- Diop, T. A.(1993). «Le sida, un défi de survie pour l'Afrique». In *Prévenir*, 25, (pp.149–154).
- Doise, W. & Palmonari, A.(1984). *Social interaction in individual development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Doise, W., Deschamps, J.-C. & Mugny, G. (1991). *Psychologie sociale expérimentale*. Paris : Armand Colin.
- Dörner, D.(1986).«Intention, Memory and Intention Regulation». In F. Klix & H. Hagendorf (Eds), *Human Memory and cognitive capabilities, Mechanisms and performance*.Elsevier: science Publishers.
- Drozda-Senkowska, E.(2002). *Psychologie sociale expérimentale*. Paris : Armand Colin.
- Durkheim, E.(1895). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : presses Universitaires de France.
- Dzewaltowski, D. A., Noble, J. M. & Shaw, J. M.(1990). «Physical activity participation: social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behaviour». *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, (pp.388-405).
- Eagly, A. H. & Chaiken, S.(1998).«Attitude, structure and function». In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (eds), *The Handbook of Social Psychology*, 4th, 1, (pp.269-322). New York: Mc Graw-Hill.
- Eagly, A. H. (1974). «The comprehensibility of persuasive arguments as a determinant of opinion change». *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, (pp.758-773).
- Ebale Moneze, C.(2001). *Le développement théorique de la psychologie sociale*. Yaoundé : Presses Universitaires de Yaoundé.
- Ellis, A.(1985). *Overcoming resistance*. New York, NY: Springer.
- Emtcheu, A.(1988).« Le rôle de la tradition dans l'éducation : l'Eglise et l'Education ». *Collection semaine interdisciplinaire, Faculté de Théologie Protestante*, (pp.53-58).
- Emtcheu, A. (1989). « Introduction à la psychologie du sport : Théories et applications. Sciences et techniques des activités psychiques et sportives ». *Actes du séminaire international de la Confejes pour le soutien scientifique et technique du mouvement sportif*, 1, (pp.19-33).
- Emtcheu, A.(1989).« La fonction éducative de la littérature orale. Littérature orale de l'Afrique contemporaine : Approches théoriques et pratiques ». *Actes du Symposium*

*sur la littérature orale de l'Afrique contemporaine : Université de Guelph, Université de Yaoundé, (pp.69-77).*

- Emtcheu, A.(1992). « Orientation institutionnelle et disciplinaire des étudiants de l'Université de Yaoundé ». *Actes du Congrès International de l'Association Internationale de Pédagogie*, (pp.221-225).
- Emtcheu, A.(1993). « Les besoins psychologiques de la libération de la femme africaine, le Flambeau ». *Revue Théologique de l'Asthéol-ouest – Faculté de la Théologie Protestante Yaoundé*, (pp.52-59).
- Emtcheu, A.(1998). «Modèle psycho-social d'analyse de l'acte éducatif: le nouveau triangle pédagogique. ». In *Annales de la faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines*, 1, 2, (pp.19-34).
- Emtcheu, A.(2001a). «Représentations mentales des élites de la forêt tropicale et les richesses de ses habitants et influence sur les projets de développement durable et de conservation ». *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Douala*, 1, (pp.31-42).
- Emtcheu, A.(2001b). *Mort et thérapie de groupe : le rite du veuvage chez les Douala du Cameroun*. Hamburg : Africa Spectrum / Institut für Afrika-Kunde.
- Emtcheu, A.(2003). « Le statut épistémologique de l'objet en psychologie. ». *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de CHEIKH ANTA DIOP de Dakar*.
- Encyclopaedia Universalis.(2002). Paris : encyclopædie.
- Engel, G. L.(1977). «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine». *Science*, 196, (pp.129-136).
- Erikson, E.(1956). «The problems of ego identity». *Journal of the American psychoanalytic Association*, 4, (pp.56 -121).
- Erikson, E.(1968). *Adolescence et crise : la quête d'identité*. Paris : Flammarion.
- Essono, J.-M.(2004). *Yaoundé : Toponymie, Histoire et Anthropologie. Etude des groupes ethniques, des noms de rues et de quartiers, contribution à la connaissance de l'histoire de la ville, Yaoundé : Cameroun. (non édité)*.
- Evans, R. G. & Stoddart, G. L.(1994).«Producing health, consuming health care». In R. G. Evans, M. L. Barer, & T. R. Marmor. (eds), *why are some people healthy and others not?*. Hawthorne, N Y: Aldine de Gruyter.
- Eymard, C.(2003). *Initiation à la recherche en soins et santé*. Paris : Groupe Liaison S A.
- Fazio, R. H. & Zanna, M. P.(1981). «Direct experience and attitude- behaviour consistency». In L. Berkowitz(ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press, (pp.162-202).
- Fazio, R. H.(1986). «How do attitudes guide Behaviour? ». In E. T. HIGGINS (Eds), *Handbook of motivation and cognition: Foundation of social Behaviour*, (pp.204 – 243). New York: Guilford Press.
- Festinger, L. & Carlsmith, J. M. (1959). «Cognitive consequences of forced. Compliance». *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, (pp. 203-210).



- Festinger, L.(1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston: Row Peterson.
- Fischer , G.-N. (éd.) (2001). *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Fischer, G.- N.(2003). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod.
- Fischer, G.-N.(1998). «La psychologie de la santé, champ théorique et intervention». *Psychologues et Psychologies*, 141, (pp.40- 41).
- Fishbein, M. & Ajzen, I.(1975). *Belief, attitude, intention, and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison –Wesley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I.(2005). «Theory-based behaviour change interventions: Comments on Hobbies and Sutton». *Journal of Health Psychology*, 10, (pp.27-31).
- Fisher, J. D. & Fisher, W. A.(2000). «Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behaviour». In J. L. Peterson & R. J. Diclemente (eds.), *Handbook of HIV prevention AIDS prevention and mental health*, (pp.3-55). New York, NY: kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Fleming, M.(1993). *Adolesc#ncia e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os Pais*.Porto: Edições Afrontamento.
- Foucault, M.(1984). *Histoire de la sexualité: l'usage des plaisirs*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M.(1986). *Histoire de la sexualité. I. la Volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Franqueville, A. (1984). *Yaoundé : construire une capitale*. Paris : ORSTOM.
- French, J. R. P. (1956).«A formal theory of social power». *Psychological Review* , 63, (pp.181-194).
- Freud, A. (1975). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1985). *La vie sexuelle*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fries, J. F. & Crapo, L. M. (1981). *Vitality and aging: Implication of the rectangular curve*.San Francisco: W. H. Freeman.
- Fuchs, V.(1974). *Who shall live? Health, economics, and social choice*. New York: Basic Books.
- Gerard, H. B. & Rotter, G. S.(1961). «Time perspective, consistency of attitude and social influence». *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, (pp.565-572).
- Ghiglione, R. & Blanchet, A. (1991). *Analyse de contenu et contenus d'analyse*. Paris : Dunod.
- Ghiglione, R. & Bromberg, M.(1998). «Interactions, attitudes, représentations, communications». InR. Ghiglione, & J. F. Richard, *Cours de psychologie I: Origines et Bases*, (pp.205-244). Paris : Dunod.
- Ghiglione, R. & Matalon, B.(2004). *Les enquêtes sociologiques : Théories et pratique*. Paris : Armand Colin.
- Ghiglione, R., Landre, A., Bromberg, M. & Molette, P. (1998). *L'analyse automatique des contenus*. Paris : Dunod.

- Gingras, F.-P. (1999). « Comment citer des sources sur internet dans un travail scientifique » <http://aix1.u.ottawa.ca/pfgingras/metro/citation-1.html> (24 septembre 2004).
- Girard, P. M., Katlama, C. & Pialoux, G.(2004). *VIH*. Paris : Dion.
- Glasser, W.(1984). *Control theory. A new explanation of how we control our lives*. New York: Harper and Row.
- Godin, G. & Kok, G. (1996). «The theory of planned behaviour. A review of its applications to health – related behaviours». *American Journal of Health Promotion*, 11, (pp.87 – 98).
- Godin, G., Sheeran, P., Cooner, M., Gagne, C., Blondeau, D. & Germain, M.(2004). Etude des déterminants de l'intention de faire un don de sang parmi la population générale, *Rapport de recherche présenté à Héma-Québec*.
- Gollwitzer, P. M.(1999). «Implementation intentions: strong effects of simple plans». *American psychologist*, 54, (pp.493 – 503).
- Gosling, P.(éd.) (1996). *Psychologie sociale, vol.1 et 2*. Paris: Bréal (coll. LexiFac psychologie).
- Gosling, P., Bouchet, J., Chanton, O., Kreel, V., Maze, C., Ric, F. & Richard, G. (1996). *Psychologie sociale : Approches du sujet social et des relations interpersonnelles*. Paris : Bréal (coll. « Lexifac ».).
- Grangé, D. & Lebart, L.(1993). *Traitement statistique des enquêtes*. Paris : Dunod.
- Grawitz, M.(1998). *Lexique des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- Grawitz, M.(2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Green, E. (1994). *Aids and STDs in Africa, Boulder*. Colorado: west view Press.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield publishing Co.
- Greenwald, A. G. & Pratkanis, A. R.(1984). «The self». In R. S. Wyer & T. K. Srull (eds), *Handbook of Social Cognition* , (pp.129-178). Hillsdale, N.J: Earlbaum.
- Gudgion, T. J. & Thomas, M.(1991). «Changing environmentally Relevant Behaviour». *Environmental Education and Information*, 10, 2, (pp.101-112).
- Guéguen, N. (2001). *Statistiques pour psychologues : cours et exercices*, 2<sup>e</sup> édition. Paris : Dunod.
- Gutton, P<sup>h</sup>. (2000a). *Psychothérapie et adolescence*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Gutton, P<sup>h</sup>. (2002). *Violence et adolescence*. Paris : In Press.
- Gutton, Ph. (2003). *Le pubertaire*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Gutton, P<sup>h</sup>., Mialot, J.-P. & Toublanc, J.-E.(1993). *La puberté*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Halioua, B. & Lunel, F. (2002). *Les maladies sexuellement transmissibles* .Paris : Presses Universitaires de France.

- Heider, F.(1946). «Attitude and cognitive organization». *Journal of psychology*, 21, (pp.107-112).
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton.
- Higgins, E. T.(1989).«Self-discrepancy: A Theory relating self and affect». *Psychological Review*, 94, (pp. 319-340).
- Hoffman, M. L.(1980). «Moral development in adolescence». In J. Adelson *Handbook of adolescent psychology*, (pp. 295 – 343).New York: Wiley.
- Houel, A.(2002). « Des femmes face à un métier masculin: représentations et résistances, éducation permanente ». *Trajectoires professionnelles, Reconnaissance de l'expérience*, 50, (pp.43 -51).
- Houel, A.(2002). « L'adultère au féminin ». *Revue Européenne de sexologie*, 9, 40, (pp.55–59).
- Houel, A.(2004). «Une passion au féminin: l'adultère». *Cliniques méditerranéennes*, 69, (pp.117–125).
- Hovland, C. I. & Sherif, M.(1959).«Judgmental phenomena and scales of attitude measurement: Item displacement In Thurstone scales». *Journal of Abnormal and Social Psychology* , 47, (pp. 822-832).
- Hovland, C. I., Janis, I. L. & Kelley, H. H.(1953). *Communication and persuasion*. New Haven, Conn: Yale University Press.
- Howell, D. C.(1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Bruxelles: De Boeck.
- Hrubes, D., Ajzen, I. & Daigle, J.(2001).«Predicting hunting intentions andbehaviour: An application of the theory of planned behaviour». *Leisure sciences*, 23, (pp.165-178)
- Hughes, S. & Malila, I.(1996). Messages from the Urban Environment: The social construction of HIV/AIDS in Botswana, *Paper presented at the Nineteenth SAUSSC conference*, Mmabatho, South Africa, 1–6<sup>th</sup> December.
- Hunt, C.(1989). «Migrant labour and sexually transmitted Disease: Aids in Africa». *Journal of Health and Social Behaviour*, 30, 4, (pp.353-373).
- Institut National de Statistique (INS) et Orc Macro.(2004). *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004 : résultats préliminaires*. Claverton, Maryland, USA: INS et ORC MACRO.
- Ionescu, S. & Blanchet, A. (2007). *Psychologie du développement et de l'éducation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ionescu, S. & Blanchet, A.(2007). *Psychologie sociale et ressources humaines*.Paris: Presses universitaires de France.
- Jackson, H. & Pitts, M.(1991). «Company policy on Aids in Zimbabwe». *Journal of Social Development in Africa*, 6, 2, (pp.53-70).
- Jackson, H.(1996). National policy and HIV/Aids, in Zimbabwe: Rationale, Process and issues, *Paper presented at the Nineteenth SAUSSC conference*, Mmabatho, South Africa, 1-6<sup>th</sup> December.

- Jacobi, B.(1995). *Cent mots pour l'entretien clinique*. Ramonville-Saint-Ange : Ciclamen.
- Jakobi, J. M. (1993). « Le recueil de l'information verbale ». In R. Ghiglione & J. F. Richard, *Cours de psychologie II : Bases, méthodes, Epistémologie*, (pp.331-378). Paris : Dunod.
- Janicaud, D. (dir.) (1995). *L'intentionnalité en question : entre phénoménologie et recherches cognitives*. Paris: Vrin.
- Jaspars, J.(1983). «Attitudes and social representations». InR. Farr, & S. Moscovici, (eds.), *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, E. E. & Nisbett, R. E. (1972). «The actor and the observer: divergent perceptions of the causes of behaviour». In E. E. Jones *et al.*, *Attribution: perceiving the causes of behaviour*, (pp.19-38). Morristown: General Learning Press.
- Jones, R. A.(2000). *Méthodes de recherche en sciences humaines*. Bruxelles : De Boeck.
- Joulé, R.-V. & Beauvois, J.-L.(1998). *La soumission librement consentie : comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ?*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Katz, D.(1960). « The functional approach to the study of attitudes ». *Public opinion quarterly*, 24, (pp.163 – 204).
- Kelley, H. H.(1973). «The processes of causal attribution». *American psychologist*, 28, (pp.107-108).
- Kiesler, C. A., Nisbett, R. E. & Zana, M.(1969). «On inferring one's belief from one's behaviour». *Journal of Personality and Social Psychology*, 11, (pp. 3221-3273).
- Kipnis, D.(1996). «Trust and technology». *Trust in organizations: frontiers of theory Research*, (pp.39-50). Sage: Thousand Books, CA.
- Köhler, W.(1929). *Gestalt psychology*. Paris: Gallimard.
- Kotter, J. P. & Schlesinger, L. A.(1979). «Choosing strategies for change». *Harvard Business Review*, 57, (pp.106 – 114).
- Ku, L. Sonenstein, F. L. & Pleck.(1993). « Factors influencing first intercourse for teenage men». *Public Health Reports*, 108(6).
- Kuhn, T. S.(1972). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion.
- Lafrenaye, Y.(1994). « Les attitudes et le changement des attitudes ». In R. J. Vallerand (éd.), *les fondements de la psychologie sociale*, (pp.329-405).Montréal : Gâetan Morin.
- Lamptey, P., Wigley, M., Carr, D. & Collymore, Y.(2002). « Face à la pandémie du VIH/ sida ». *Bulletin population*, 57, 3, septembre 2002, (pp.28-54).
- Lawrence, P. R.(1969). «How to deal with resistance to change». *Harvard Business Review*, 3, 32, (pp.49-57).
- LE Blanc, M., Meintel, D. & Piche, V.(1991). «The African sexual system: comment». InJ. Caldwell *et al.*, *Population and Development Review*, 17, 3, (pp.497-505).
- Lehalle, H. & Mellier, D. (2002). *Psychologie du développement : Enfance et adolescence*. Paris : Dunod.

- Lehalle, H.(1988). *Psychologie des adolescents*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Leif, J. & Delay, J. (1968). *Psychologie et éducation : l'adolescence*. Paris : Nathan.
- Lemaine, G. & Lemaine, J.-M.(dir.)(1969). *Psychologie sociale et expérimentale*. Paris: Mouton.
- Lemoine, C. (2001). « Effets d'appropriation de la méthode par questionnaire ». *Bulletin de psychologie*, Tome 54 (3) 453/ Mai-juin, (pp.307-313).
- Lewin, K.(1948). *Resolving social conflict*. New York: Harper and Row.
- Lewin, K.(1951). *Field theory in social science*. New York: Harper and Row.
- Lewin, K.(1965). «Décisions de groupe et changement social». In A. LEVY, (ed.) *Psychologie Sociale: textes fondamentaux*, Tome. 2, (pp.498-519).
- Lewin, K.(1975). *Psychologie dynamique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Leyens, J. P.(1977). *Psychologie sociale*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Leyens, J.-P<sup>h</sup> & Beauvois, J.-L.(1997). *L'Ère de la cognition*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Leyens, J.-P<sup>h</sup> . (1979). *Psychologie sociale*. Bruxelles : Mardaga.
- Likert, R.(1933). «A Technique for the Measurement of Attitudes». *Archives of psychology*, 140, (pp.1-55).
- M.CC. Guire, W. J.(1985). «Attitudes and attitudinal change». In G. Lindzey, & E. Aronson (eds.), *The handbook of Social Psychology*, 2, (pp.258–262). Addison – Wesley: Reading, M.A.
- Maddux, J. E. & Rogers, R. W. (1983). «Protection motivation and self- efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change». *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, (pp.469-479).
- Maisonneuve, J.(1985). *Introduction à la psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Marcuse, H.(1963). *Eros et civilisation*. Boston: Beacon Press.
- Masson–Maret, H.(1990). *Psychologie et changement d'attitude. Une recherche-action : la prévention du SIDA*, Habilitation à Diriger des Recherches, Université de Nice-Sophia Antipolis.
- Masson-Maret, H.(1994). «Stratégies d'influence et prévention du sida». *Bulletin de psychologie*, XL VII, (pp.601-609).
- Mathieu, J. & Thomas, R.(1995). *Manuel de Psychologie*. Paris : Vigot.
- MC Combs, B. L.(1984). «Processes and skill underlying continuing intrinsic motivation to learn: Toward a definition of motivational skills training interventions». *Educational psychologist*, 19, (pp.199 – 218).
- Mc Cormack Brown, K.(1999 a). Theory of reasoned action / Theory of planned behaviour. [En ligne]. Disponible: <http://hsc.usf.edu/~kmbrown/TRA-TPB.htm> .
- Mc Cormack Brown, K. (1999b). Transtheoretical model / stages of change. [En ligne]. Disponible: <http://hsc.usf.edu/~kmbrown/stages-of-change-overview-htm> .

- MC Guire, W. J.(1969). «The nature of attitudes and attitude change». In G. Lindzey, & E. Aronson (eds.), *Handbook of Social Psychology*, 3, 2<sup>e</sup> ed, (pp.136-314). Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Meekers, D. (1992). « Sexual Initiation and premarital childbearing in sub-saharan African », Macro International Inc., (DHS working papers).
- Merlet, P<sup>h</sup>, Garnier, Y. & Vinciguerra, M.(2006). *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.
- Milgram, S.(1974). *Soumission à l'autorité*. Paris : Caimann-Lévy.
- Minsante/CNLS. (2001). *Programme multisectoriel de lutte contre le SIDA*, Yaoundé : CNLS/GTZ.
- Moscovici, S.(1963). «Attitudes et opinions». In *Annual Review of Psychology*, 14, (pp.231-260).
- Moscovici, S.(1979). *Psychologie des Minorités actives*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (dir.) (1998). *Psychologie sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moser, G.(1994). *Les relations interpersonnelles*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moser, G.(1998). « Enquête ». InR. Doron, & F. Parot, *Dictionnaire de psychologie*, (pp.257-258). Paris : Presses Universitaires de France.
- Mucchieli, A.(2001). *La psychologie sociale, les fondamentaux*. Paris : Hachette.
- Muchielli, A. (ed.)(1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Mufune, P., Mwansa, L. & Osei-Hwedie, K.(1993).«Attitudes Towards risky sexual Behaviour and reactions towards People Infected with HIV among Zambian students». *International Family Planning Perspectives*, 19, 1, (pp.64-96).
- Myers, A. & Hansen, C.-H.(2003). *Psychologie expérimentale*. Bruxelles : De Boeck.
- Myers, D.G.(1993). *Social psychology*. New York: Mc Graw Hill.
- Ngueyap, F.(1995). « Ethnie, milieu d'habitat et propagation du VIH/SIDA. Evaluation, facteurs associés et Implications », *Communication présentée au séminaire sur « les Aspects socio-économiques, sanitaires et démographiques du VIH/Sida en Afrique »*, organisé par l'UEPA, Abidjan, (pp.26-28), octobre 1995.
- Noumbissie, C.D. (2002). *Orthodoxie religieuse et fanatisme chez les chrétiens de la ville de Yaoundé*, Maîtrise en Psychologie, Université de Yaoundé1.
- Noumbissie, C. D.(2004). *Environnement et Attitude*. « Stimulations sexuelles » de l'environnement et résistance au changement d'attitudes face au VIH/Sida chez les adolescents de Yaoundé, Diplôme d'Etudes Approfondies (D.E.A) en psychologie, Université de Yaoundé I.
- Nuttin, J. M. (1975). *The illusion of attitude change*. London: Academic Press.

- Odebiyi, A. & Vivekananda, F.(1991). «Aids in Third world countries: Africa –what are the alternatives? ». *Scandinavian Journal of Development Alternatives*, 10, 12, (pp.91-99).
- Ombolo, J.-P.(1990). *Sexe et société en Afrique noire*. Paris: Harmattan.
- ONUSIDA.(2003). «*Une riposte commune au VIH/SIDA*». Genève.
- ONUSIDA.(2006). <http://onusida-aoc.org/fr/> . (8 Décembre 2006).
- Osgood, C. E. & Tannenbaum, P. H.(1955).«The principle of congruity in the prediction of attitude change». *Psychological Review*, 62, (pp.42-55).Paicheler, G.(1979). «Polarization of attitudes in homogeneous and heterogeneous groups». *European Journal of Social Psychology*, 9, 1, (pp.85-96).Paris: Dunod.
- Petard, J.-P.(dir.)(1999). *Psychologie sociale*. Rosny : Bréal.
- Petty, R. E. & Cacioppo, J. T.(1977). «Forewarning, cognitive responding and resistance to persuasion». *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, (pp.645-655).
- Petty, R. E. & Cacioppo, J. T.(1981). *Attitudes and persuasion. Classic and contemporary approaches*. Dubuque: Brown.
- Philipson, T. & Posner, R. (1995). «On the Microeconomics of Aids in Africa». *Population and Development Review*, 21, 4, (pp.835-848).
- Piaget, J.(1968). *Le structuralisme*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Piaget, J.(1974). *Réussir et comprendre*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pieron, H.(1992). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pini, G., & Hexel, D.(1999). *La théorie de la généralisabilité appliquée à un instrument de mesure des attitudes face à l'apprentissage d'une langue étrangère*.Genève: Fribourg.
- Pratkins, A. R. & Greenwald, A. G.(1989). «A sociocognitive model of attitude structure and function». In L. BERKOWITZ (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, (pp. 245 – 285).San Diego, CA: Academic.
- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C.(1982). «Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change». *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 19, 3, (pp.276-287).
- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C.(1992). «Stages of change in the modification of problem behaviours». In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (eds), *Progress in behaviour modification*, 28, (pp.184-218). Terre Haute, Ind: Sycamore.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C. & Norcross, J. C.(1992). «In search of how people change: Applications to addictive behaviours». *American psychologist*, 47, 9, (pp.1102–1114).
- Puska, P., Nissinen, A., Salonen, J. T. & Toumilehto, J. (1983). «Ten years of the North Karelia project: Results with community based prevention of coronary heart disease». *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 11, (pp.65-68).
- Quivy, R. & Van Campenhoudt, L.(1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

- Raoult, D. (1999). *Les nouvelles maladies infectieuses*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rassial, J.-J. (2000). *Sortir : l'opération adolescente*. Toulouse : Érès.
- RECUP'ACTION.(2005). *VIH/SIDA : le chemin de croix des malades*, 9, (pp.9-19).
- Reuchlin, M. (1992). *Introduction à la recherche en psychologie*. Paris : Nathan.
- Rey, A.(1997). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert.
- Rhodes, T. & SIMIC, M.(2005). «Transition and the HIV risk environment». *British Medical Journal*, 331, (pp.220-223).
- Richard, J. F.(1993). « Les méthodes statistiques ». In R. Ghiglione, & J. F. Richard, *Cours de psychologie II : Bases, méthodes, Epistémologie*, (pp.465-594). Paris : Dunod.
- Richard, R. J., Vander Pligt, J. & DE Vries, N.(1995). « Anticipated affective reactions and prevention of AIDS ». *British Journal of Social Psychology*, 34, (pp.9 – 21).
- Robert, M.(1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*. Montréal et Maloine : Chanelière & Stanké.
- Robert, P.(1989). *Le grand Robert de la langue française, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Larousse.
- Rodriguez-Tome, H., Jackson, S. & Bariaud, F.(1997). *Regards actuels sur l'adolescence*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rogers, R. W.(1975). «A protection motivation theory of fear appeals and attitude change». *Journal of Psychology*, 91, (pp.93-114).
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H.(1988). « Social learning theory and the health belief model ». *Health education Quarterly*, 15, (pp.175-183).
- Rosenstock, I. M. (1974). « Historical origins of the health belief model ». *Health Education Monographs*, 2, (pp.328–335).
- Rosenthal, C. & Frémontier-Murphy, C.(2001). *Introduction aux méthodes quantitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Dunod.
- Rossi, J.-P.(1989). *La méthode expérimentale en psychologie*. Paris : Dunod.
- Rossi, J.-P.(1991). *La recherche en psychologie (Domaines et méthodes)*. Paris : Bordas.
- Roudet, B. (dir.) (1994). *Jeunes, Sexualité, SIDA: comportement et prévention*. Paris : Marly le Roi.
- Roussiau, N. & Bonardi, C. (eds.)(2001). *Les représentations sociales : Etat des lieux et perspectives*. Liège : Mardaga.
- Roussiau, N.(dir.)(2001). *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: In Press.
- Rovanet, H., Bernard, J.-M. & Leroux, B.(1990). *Statistique en sciences humaines : analyse inductive des données*. Paris : Dunod.
- Rwenge, M.(1999).«Facteurs contextuels des comportements sexuels: le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun)». *Programme de petites subventions de l'UEPA*,40, Octobre 1999.



- Saad, F.(1996). «Driver strategies in car – following situations». In A. G. Gale(eds.), *Vision in vehicules*, (pp. 61-70). Amsterdam: Elsevier science.
- Santiago-Delefosse, M.(2002). *Psychologie de la santé: perspectives qualitatives et clinique*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Schachter, S.(1965). « Déviation, rejet et communication ».In A. Levy(ed.), *Psychologie Sociale, textes fondamentaux anglais et Américains*, (pp.241-262). Paris : Dunod.
- Seca, J.-M.(2002). *Les représentations sociales*. Paris: Armand Colin.
- Seron, X., Lambert, J.-L. & Vanderlinden, M. (1977). *La modification du comportement: Théorie, pratique, éthique*, (ed.). Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Shaw, M. & Wright, J.(1967). *Scales for the measurement of attitudes*. New York: Mc Graw-Hill.
- Sherif, M.(1936). *The psychology of social norms*. New York: Harper.
- Sillamy, N.(1996). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Sillamy, N.(1997). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse – Bordas.
- Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*.Paris: L'harmattan.
- Sullivan, K. T.(1998). Promoting health behaviour change (ERIC Document reproduction service n°. ED429053). [En ligne] Disponible: <http://www.ed.gov/databases/ERIC-Digests/ed429053.html> .
- Taborda – Simões, M. C.(2005). «L'adolescence: une transition, une crise ou un changement». *Bulletin de Psychologie*, 58(5), 479, (pp.521-534).
- Taylor, S. & Todd, P. A.(1995). «Understanding information Technology usage: A test of competing models». *Information Systems Research*, 6, (pp.144-176).
- The Communication Initiative(2002a). Change Theories: The behaviour change spiral. [En ligne]. Disponible: <http://www.comminit.com/ctheories/sld-2912.html> .
- The Communication Initiative (2002b). Change theories: stages of change Model. [En ligne]. Disponible: <http://www.comminit.com/ctheories/sld-2920.html> .
- Thomas, R. & Alaphilippe, D. (1993). *Les attitudes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal behaviour*. Monterey, CA: Brook/ Cole.
- Triandis, H. C.(1989). «The self and social behaviour in differing cultural contexts». *Psychological Review*, 96, (pp.506-520).
- Trochim, W. M. The Research Methods Knowlegde Base, 2<sup>nd</sup> Edition. Internet [wwwpage, at URL:http://www.socialresearchmethods.net/kb/scallik.php](http://www.socialresearchmethods.net/kb/scallik.php) (version current as of October 20, 2006) (consulté le 28-03-2008).
- Tsala Tsala, J.-P<sup>h</sup>.(2004).«L'ascenseur et l'escalier: la lutte contre le Sida au Cameroun». In *Sahara Journal*, 1, 3, (pp.139-156).
- Tsala Tsala, J.-P<sup>h</sup>.(2006). *La psychologie telle quelle : perspective africaine*. Yaoundé : Presses de l'Université Catholique d'Afrique Centrale.

- UEPA.(1994). *Rapport de la conférence sur Reproduction et Santé Familiale en Afrique*, Dakar, Sénégal.
- UNAIDS.(2004). *Report on the global AIDS epidemic*, Geneva.
- UNAIDS. (2005). *Intensifying HIV Prevention Policy position paper*, Geneva.
- Unrug, M. C.(1974). *Analyse de contenu et acte de parole : de l'énoncé à l'énonciation*. Paris : Les Editions Universitaires.
- Vallerand, R. J.(dir.)(2006). *Les fondements de la psychologie sociale*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Vas, A. & Vande Velde, B.(2000). «La résistance au changement revisité du top management à la base: une étude exploratoire ». In *IX<sup>ème</sup> Conférence Internationale de management stratégique*, (AIMS, 2000).
- Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D. & Themba, M.(1993). *Media advocacy and public health: Power for prevention*. Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Wallon, H.(1970). *De l'acte à la pensée*. Paris: Flammarion.
- Watson, J. B.(1913).« Psychology as the behaviorist views it ». *Psychological Review*, 20, (pp.158-177).
- Watson, J. B.(1924). *Behaviourism*. New York: People Publishing Company.
- Weil-Barais, A. & Cupa, D.(1999). *Les méthodes en psychologie*. Paris: Bréal (coll. «LexiFac. »).
- Wicklund, R. A. & Brehm, J. W. (1968). «Attitude change as a function of felt competence and threat to attitudinal freedom». *Journal of Experimental Social Psychology*, 4, (pp.64-75).
- Yzerbyt, V. Y. & Corneille, O.(1994). *Textes de bases en sciences sociales : la persuasion*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Zajonc, R.(1967). *Psychologie sociale expérimentale*. Paris : Dunod.

# Annexes

## Annexe B : Les attestations

UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

<p><i>Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines</i> ***** <i>Département de Psychologie</i> ***** <i>BP : 755 Yaoundé – Cameroun</i> <i>Tel : (237) 200 97 18</i></p>		<p><i>Faculty of Arts, Letters and Social Sciences</i> ***** <i>Department of Psychology</i> *****</p>
--	---	--

**ATTESTATION DE RECHERCHE**

Je soussigné, Chef du Département de Psychologie à l'Université de Yaoundé I,

Atteste que Monsieur **NOUMBISSIE Claude Désiré**, Matricule **97D188**, doctorant en Psychologie a libellé sa thèse :

*« Attitudes et changement de comportements sexuels face au VIH/SIDA : de l'intention d'agir à l'action. Etude explicative de la résistance à l'usage du préservatif chez les Adolescent – Elèves des classes terminales de la ville de Yaoundé. »*

La réalisation de ce travail nécessite des investigations de terrain auprès de votre institution.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le, **03. AUG 2007**.....



**Le Chef de Département**  
*[Signature]*  
*Professeur [Nom]*

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**



**Annexe C : Les questionnaires**

Université de Yaoundé I  
Faculté des Arts, Lettres et Sciences  
Humaines  
Département de Psychologie



Université Lumière Lyon 2  
Faculté des Arts, Lettres et  
Sciences Humaines  
Institut de Psychologie



### QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE (PREMIERE PHASE)

Nous menons cette recherche dans le cadre des études universitaires. Nous vous prions de répondre très sincèrement à toutes les questions. Aucune de vos réponses n'est vraie ou fausse. Nous vous garantissons également de l'anonymat de vos réponses qui ne seront exploitées que dans le cadre des objectifs de l'étude.

N.B. : Si vous n'avez pas entre 14 et 25 ans et également si vous êtes marié (e) prière de retourner le questionnaire non rempli.

#### 1- Identification de l'enquêté (e)

- 1-1- Sexe : M  F  1.3. Etablissement : \_\_\_\_\_
- 1.2. Tranche âge : 14 – 16   
17 – 19   
20 – 22   
23 – 25
- 1.4. Type d'établissement : Public  Privé Laïc  Privé confessionnel
- 1.5. Type d'enseignement : Général  Technique  Mixte
- 1.6. Classe : \_\_\_\_\_ 1.7. Numéro d'ordre alphabétique \_\_\_\_\_
- 1-8- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Oui  non

#### 2. Comportement sexuel antérieur

Répondez aux questions suivantes en encerclant le chiffre qui décrit mieux votre comportement sexuel antérieur.

2-1- Sur les échelles suivantes allant de 0 à plus de 10 fois précisez :

2-1-1- Le nombre de fois que vous avez eu des rapports sexuels au cours des trois (03) derniers mois.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

2-1-2- le nombre de fois que vous n'avez pas utilisé le préservatif pendant ces rapports.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

2-1-3- Le nombre de fois que vous avez utilisé le préservatif pendant ces rapports.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

**3-Attitude envers le port du préservatif**

Répondez aux questions suivantes en encerclant le chiffre qui décrit mieux votre attitude.

3-1- Le port du préservatif au cours des 03 prochains mois, serait pour moi une action :

-3	-2	-1	0	1	2	3
Très dangereuse	dangereuse	Un peu dangereux	Neutre	Un peu bénéfique	bénéfique	Très bénéfique

3-2- Le port du préservatif au cours des 03 prochains mois, serait pour moi une action :

-3	-2	-1	0	1	2	3
Très déplaisante	déplaisante	Un peu déplaisante	Neutre	Un peu plaisante	plaisante	Très plaisante

3-3- Le port du préservatif au cours des 03 prochains mois, serait pour moi une action :

-3	-2	-1	0	1	2	3
Très négative	négative	Un peu négative	Neutre	Un peu positive	positive	Très positive

**4-Normes subjectives envers le port du préservatif**

Attribuez à chacune des affirmations suivantes un score (une note) allant de 1 à 7. Selon que vous trouverez l'affirmation extrêmement fausse ou extrêmement vraie.

4-1 Mes parents voudraient que j'utilise le préservatif au cours des 03 prochains mois pour me protéger contre le VIH/SIDA.

-3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement faux	Faux	Un peu faux	neutre	Un peu vrai	vrai	Extrêmement vrai

4-2- Mes amis (es), camarades voudraient que j'utilise le préservatif au cours des 03 prochains mois pour me protéger contre le VIH/SIDA.

-3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement faux	Faux	Un peu faux	neutre	Un peu vrai	vrai	Extrêmement vrai

4-3- Mon petit ami / ma petite amie voudrait que j'utilise le préservatif au cours des 03 prochains mois pour me protéger contre le VIH/SIDA.

-3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement faux	Faux	Un peu faux	neutre	Un peu vrai	vrai	Extrêmement vrai

**5-Contrôle comportemental perçu**

Répondez aux questions suivantes en encerclant le chiffre qui correspond à votre opinion personnelle. Selon que vous êtes extrêmement en désaccord ou extrêmement d'accord.

5-1 – Je pense être en mesure de me protéger contre le VIH/SIDA en utilisant régulièrement le préservatif pendant mes rapports sexuels au cours des 03 prochains mois.

-3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	neutre	Un peu d'accord	D'accord	Extrêmement d'accord

5-2- Si cela ne tenait qu'à moi, je suis sûr (e) que je vais me protéger contre le VIH/SIDA en utilisant régulièrement le préservatif pendant mes rapports sexuels au cours des 03 prochains mois.

3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	neutre	Un peu d'accord	D'accord	Extrêmement d'accord

**6- Intentions du port du préservatif**

6-1- Je désire utiliser le préservatif au cours des 03 prochains mois.

-3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	neutre	Un peu d'accord	D'accord	Extrêmement d'accord

6-2- Je suis plein (e) de bonne volonté pour l'usage du préservatif au cours des 03 prochains mois.

-3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	neutre	Un peu d'accord	D'accord	Extrêmement d'accord

6-3- Mon souhait est d'utiliser régulièrement le préservatif au cours des 03 prochains mois.

-3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	neutre	Un peu d'accord	D'accord	Extrêmement d'accord

6-4- Ma détermination est prise : « Pas de rapports sexuels sans préservatif au cours des 03 prochains mois ».

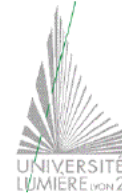
-3	-2	-1	0	1	2	3
Extrêmement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	neutre	Un peu d'accord	D'accord	Extrêmement d'accord

Nous vous remercions pour votre bonne collaboration.

Université de Yaoundé I  
Faculté des Arts, Lettres  
et Sciences Humaines  
Département de Psychologie



Université Lumière Lyon 2  
Faculté des Arts, Lettres  
et Sciences Humaines  
Institut de Psychologie



### QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE (Deuxième phase)

Nous menons cette recherche dans le cadre des études universitaires. Nous vous prions de répondre très sincèrement à toutes les questions. Aucune de vos réponses n'est juste ou pas. Nous vous garantissons également de l'anonymat de vos réponses qui ne seront exploitées que dans le cadre des objectifs de l'étude.

**NB** : Si vous n'avez pas entre 14 et 25 ans et également si vous êtes marié (e) prière de retourner le questionnaire non rempli.

#### 1. Identification de l'enquêté (e)

1-1. Sexe : M  F

1-2. Tranche-âge : 14-16

17-19

20-22

23-25

1-3. Etablissement : \_\_\_\_\_

1-4. Type d'établissement : Public  Privé Laïc  Privé confessionnel

1-5. Type d'enseignement : Général  Technique  Mixte

1-6. Classe : \_\_\_\_\_ 1-7. Numéro d'ordre alphabétique \_\_\_\_\_

1-8. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Oui  Non



**2. Comportement sexuel antérieur**

Répondez aux questions suivantes en encerclant le chiffre qui décrit mieux votre comportement sexuel antérieur.

**2-1. Sur les échelles suivantes allant de 0 à plus de 10 fois précisez :**

2-1-1. Le nombre de fois que vous avez eu des rapports sexuels au cours des trois (03) derniers mois :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

2-1-2. Le nombre de rapports sexuels pendant lesquels vous n'avez pas utilisé le préservatif pendant ces trois mois.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

2-1-3. Le nombre de rapports sexuels pendant lesquels vous avez utilisé le préservatif pendant ces trois derniers mois.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

**3. De l'intention d'agir à l'action**

Répondez aux questions suivantes par vrai ou faux en vous inspirant de vos expériences ces trois derniers mois.

**3-1. Pression psychosociale (HR<sub>1</sub>)***3-1-1. La pression exercée*

Pendant que vous avez des rapports sexuels, si vous proposez avec insistance et fermeté le non usage du préservatif à votre partenaire, il/elle finit toujours par accepter.

Vrai  Faux

*3-1-2. La pression subie*

Lorsque votre partenaire vous fait des pressions intenses et sérieuses au quotidien pour que vous ayez des rapports sexuels non protégés, il peut facilement arriver que vous cédiez.

Vrai  Faux

**3-2. Le contexte de l'action (HR<sub>2</sub>)**

*3-2-1. Le contexte pacifique*

Très souvent, pendant qu'il y a la joie, la paix entre votre partenaire et vous, il est très facile d'avoir des rapports sexuels non protégés.

Vrai  Faux

*3-2-2. Le contexte conflictuel*

J'ai constaté que quand j'ai des problèmes avec ma/mon partenaire, nos rapports sexuels sont toujours protégés.

Vrai  Faux

**3-3. La négociation (HR<sub>3</sub>)**

*3-3-1. Le consensus*

Il est très difficile d'avoir des rapports sexuels non protégés avec un (e) partenaire sans son accord.

Vrai  Faux

*3-3-2. La qualité de la discussion*

Les rapports sexuels non protégés sont toujours mieux négociés que les rapports sexuels protégés.

Vrai  Faux

**3-4. Le but de l'action (HR<sub>4</sub>)**

*3-4-1. Le but émotionnel*

Très souvent, quand je veux avoir plus de plaisir, il est évident que je n'utilise pas le préservatif.

Vrai  Faux

*3-4-2. Le but sentimental*

Il peut facilement arriver qu'on ait des rapports sexuels non protégés avec son petit/ sa petite juste pour lui montrer l'étendue de l'amour qu'on éprouve pour lui/elle.

Vrai  Faux

**3-5. L'inertie cognitive (HR<sub>5</sub>)**

*3-5-1. L'inertie explicite*

Très souvent, après un rapport sexuel non protégé, on regrette et l'impression générale qu'on a, est qu'on n'avait même pas pensé au préservatif.

Vrai  Faux

**3-5-2. L'inertie implicite**

Il est très difficile de penser au préservatif pendant les rapports sexuels et de ne pas l'utiliser.

Vrai  Faux

**3-6. La force de l'habitude (HR<sub>6</sub>)****3-6-1. Le caractère obligatoire de l'action**

Lorsqu'on a déjà eu plusieurs fois des rapports sexuels non protégés, il est plus facile d'en avoir même quand on ne veut pas.

Vrai  Faux

**3-6-2. L'incapacité à résister au partenaire**

Quand on a déjà eu des rapports sexuels non protégés, plusieurs fois avec un petit/une petite, il est très difficile de résister à ses pressions lorsqu'il ou elle propose des rapports sexuels non protégés.

Vrai  Faux

**3-7. La force de l'affectivité (HR<sub>7</sub>)****3-7-1. Emotion puissante et continue**

C'est lorsque le désir, le plaisir, l'envie sont trop forts et fréquents que je peux oublier le préservatif.

Vrai  Faux

**3-7-2. Passion amoureuse / Inclinaison très vive**

Il est évident que si votre gars / votre petite et vous, vous laissez emporter par la force de la passion, il vous sera très difficile de penser au préservatif.

Vrai  Faux

**3-8. Les circonstances de l'action (HR<sub>8</sub>)****3-8-1. Le moment**

Le port du préservatif le plus souvent dépend du moment.

Vrai  Faux

**3-8-2. L'occasion particulière**

J'ai constaté que c'est souvent pendant une occasion très précise (réussite à un examen, anniversaire, fêtes, balades et voyages romantiques....) que j'ai des rapports sexuels non protégés libéralement.

Vrai  Faux

**3-9. Les antécédents de l'action (HR<sub>9</sub>)**

*3-9-1. Antécédent négatif du préservatif*

Après avoir utilisé le préservatif et qu'il s'est percé ou qu'il est sorti, on a beaucoup de peines à penser au préservatif la prochaine fois.

Vrai  Faux

*3-9-2. Antécédent négatif du rapport sexuel protégé*

Si on met du préservatif et qu'on ressent très peu de plaisir, ou si on n'est pas satisfait(e), il est évident d'éprouver du dégoût pour le port du préservatif et de ne plus vouloir l'utiliser.

Vrai  Faux

**4. Les raisons du comportement sexuel antérieur**

Répondez aux questions suivantes selon que vous avez eu des rapports sexuels non protégés (4-1) ; selon que vous avez eu des rapports sexuels protégés (4-2) ; et selon que vous n'avez pas eu de rapports sexuels (4-3), ces trois derniers mois.

**4-1. Dites-nous très sincèrement la ou les raisons pour lesquelles vous avez eu des rapports sexuels non protégés ces trois (03) derniers mois :**

---

---

**4-2. Dites-nous très sincèrement la ou les raisons pour lesquelles vous avez eu des rapports protégés ces trois (03) derniers mois.**

---

---

---

**4-3. Dites-nous très sincèrement la ou les raisons pour lesquelles vous n'avez pas eu des rapports sexuels ces trois (03) derniers mois :**

---

---

---

*Nous vous remercions pour votre bonne collaboration.*

## **Annexe D : La table du Khi-deux de Pearson**

### **Table de la loi de $\chi^2$ ou de Karl Pearson**

Valeur de  $\chi^2$  pour laquelle la probabilité d'une valeur inférieure à  $\chi^2$  suivant le nombre  $n$  de degrés de liberté est  $\alpha = F_n(\chi^2)$ . ( $n$  : 1 , 11 , 21 , 40 ).

$n\alpha$	0,005	0,010	0,025	0,050	0,100	0,250	0,500	0,750	0,900	0,950	0,975	0,990	0,995
1	0,0000	0,0002	0,0010	0,0039	0,0158	0,102	0,455	1,32	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	0,0100	0,0201	0,0506	0,103	0,211	0,575	1,39	2,77	4,61	5,99	7,38	9,21	10,6
3	0,0717	0,115	0,216	0,352	0,584	1,21	2,37	4,11	6,25	7,81	9,35	11,3	12,8
4	0,207	0,297	0,484	0,711	1,06	1,92	3,36	5,39	7,78	9,49	11,1	13,3	14,9
5	0,412	0,554	0,831	1,15	1,61	2,67	4,35	6,63	9,24	11,1	12,8	15,1	16,7
6	0,676	0,872	1,24	1,64	2,20	3,45	5,35	7,84	10,6	12,6	14,4	16,8	18,5
7	0,989	1,24	1,69	2,17	2,83	4,25	6,35	9,04	12,0	14,1	16,0	18,5	20,3
8	1,34	1,65	2,18	2,73	3,49	5,07	7,34	10,2	13,4	15,5	17,5	20,1	22,0
9	1,73	2,09	2,70	3,33	4,17	5,90	8,34	11,4	14,7	16,9	19,0	21,7	23,6
10	2,16	2,56	3,25	3,94	4,87	6,74	9,34	12,5	16,0	18,3	20,5	23,2	25,2
11	2,60	3,05	3,82	4,57	5,58	7,58	10,3	13,7	17,3	19,7	21,9	24,7	26,8
12	3,07	3,57	4,40	5,23	6,30	8,44	11,3	14,8	18,5	21,0	23,3	26,2	28,3
13	3,57	4,11	5,01	5,89	7,04	9,30	12,3	16,0	19,8	22,4	24,7	27,7	29,8
14	4,07	4,66	5,63	6,57	7,79	10,2	13,3	17,1	21,1	23,7	26,1	29,1	31,3
15	4,60	5,23	6,26	7,26	8,55	11,0	14,3	18,2	22,3	25,0	27,5	30,6	32,8
16	5,14	5,81	6,91	7,96	9,31	11,9	15,3	19,4	23,5	26,3	28,8	32,0	34,3
17	5,70	6,41	7,56	8,67	10,1	12,8	16,3	20,5	24,8	27,6	32,0	33,4	35,7
18	6,26	7,01	8,23	9,39	10,9	13,7	17,3	21,6	26,0	28,9	31,5	34,8	37,2
19	6,84	7,63	8,91	10,1	11,7	14,6	18,3	22,7	27,2	30,1	32,9	36,2	38,6
20	7,43	8,26	9,56	10,9	12,4	15,5	19,3	23,8	28,4	31,4	34,2	37,6	40,0
21	8,03	8,90	10,3	11,6	13,2	16,3	20,3	24,9	29,6	32,7	35,5	38,9	41,4
22	8,64	9,54	11,0	12,3	14,0	17,2	21,3	26,0	30,8	33,9	36,8	40,3	42,8
23	9,26	10,2	11,7	13,1	14,8	18,1	22,3	27,1	32,0	35,2	38,1	41,6	44,2
24	9,89	10,9	12,4	13,8	15,7	19,0	23,3	28,2	33,2	36,4	39,4	43,0	45,6
25	10,5	11,5	13,1	14,6	16,5	19,9	24,3	29,3	34,4	37,7	40,6	44,3	46,9
26	11,2	12,2	13,8	15,4	17,3	20,8	25,3	30,1	35,6	38,9	41,9	45,6	48,3
27	11,8	12,9	14,6	16,2	18,1	21,7	26,3	31,5	36,7	40,1	43,2	47,0	49,6
28	12,5	13,6	15,3	16,9	18,9	22,7	27,3	32,6	37,9	41,3	44,5	48,3	51,0
29	13,1	14,3	16,0	17,7	19,8	23,6	28,3	33,7	39,1	42,6	45,7	49,6	52,3
30	13,8	15,0	16,8	18,5	20,6	24,5	29,3	34,8	40,3	43,8	47,0	50,9	53,7
40	20,7	22,2	24,4	26,5	29,1	33,7	39,3	45,6	51,8	55,8	59,3	63,7	66,8
50	28,0	29,7	32,4	34,8	37,7	42,9	49,3	56,3	63,2	67,5	71,4	76,2	79,5
60	35,5	37,5	40,5	43,2	46,5	52,3	59,3	67,0	74,4	79,1	83,3	88,4	92,0
70	43,3	45,4	48,8	51,7	55,3	61,7	69,3	77,6	85,5	90,5	95,0	100,4	104,2
80	51,2	53,5	57,2	60,4	64,3	71,1	79,3	88,1	96,6	101,9	106,6	112,4	116,3
90	59,2	61,8	65,6	69,1	73,3	80,6	89,3	98,6	107,6	113,1	118,1	124,1	128,3
100	67,3	70,1	74,2	77,9	82,4	90,1	99,3	109,1	118,5	124,3	129,6	135,8	140,2

Pour les grandes valeurs de  $n$ , la loi de probabilité de  $\chi^2$  tend vers une loi normale de moyenne  $n$  et de variance  $2n$ . Si  $n$  est suffisamment grand, la variable aléatoire suit, à peu près, une loi normale centrée.

## Annexe E : Carte scolaire de la ville de Yaoundé

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
\*\*\*\*\*  
DELEGATION PROVINCIALE POUR LE CENTRE Paix - Travail - Patrie  
\*\*\*\*\*  
Service de la Carte Scolaire de l'Orientation Scolaire et  
des Activités Post et Péri-Scolaires  
\*\*\*\*\*

*Steph*

**LA CARTE SCOLAIRE DU DEPARTEMENT  
DU MFOUNDI  
2006/2007**

**ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE 1<sup>er</sup>**

- 1- CETIC DE NSAM
- 2- CETIC CHARLES ATANGANA
- 3- CETIC DE YAOUNDE I
- 4- LYCEE D'ELIG-ESSONO
- 5- LYCEE D'EMANA
- 6- LYCEE D'MBALLA II
- 4- LYCEE DE NKOL-ETON
- 5- LYCEE DE NKOLONDOM
- 6- CETI COMMUNAL DE NLOKAK
- 7- AMITY INTERNATIONAL SCHOOL BASTOS
- 8- AYUNGHA BILINGUAL COLLEGE NGOUSSO
- 9- CENTRE EDUCATIF D'EROUDOU BASTOS
- 10- CENTRE MERICI FRASSATI BELLE DE BASTOS
- 11- CHRISTIAN COMPREHENSIVE SECONDARY SCHOOL NKOLMBONG
- 12- COLLEGE ADVENTISTE DE NLOKAK
- 13- COLLEGE CHARLES MBAKOP DE BASTOS
- 14- COLLEGE FAPO D'ETOU DI
- 15- COLLEGE JEAN TABI D'ETOU DI
- 16- COLLEGE MVOM NNAM DE NKOLONDOM
- 17- COLLEGE LA FORGE D'OLEMBE
- 18- COLLEGE DE LA RETRAITE DE WARD A
- 19- COLLEGE STE FAMILLE DE NLOKAK
- 20- COLLEGE ST ANDRE DU QUARTIER FOUDA
- 21- COLLEGE DE L'UNITE POLYVALENT DE NLOKAK
- 22- COLLEGE BILINGUE WILLIAM BOOTH DE NKOLO (EMANA)
- 23- CPL LA GAITE DE BASTOS
- 24- EDAF DU QUARTIER FOUDA
- 25- COLLEGE ILE EDUCATIVE D'EMANA
- 26- INSTITUT BILINGUE D'ETOU DI
- 27- INSTITUT MATAMFEN DE NLOKAK
- 28- INSTITUT TANA AHANDA DE MANGUIERS
- 29- IPLEX EDUCATION DE MANGUIERS
- 30- ISDIC DE MBALLA II
- 31- COLLEGE JOHNSTON DE DJOUNGOLO
- 32- SEAT OF WISDOM RUE MANGUIERS
- 33- CETI BENIGNA D'ETOU DI

NON FONCTIONNEL

- 34- CETI BENEDICTINS DU MONT FEBE  
 35- COLLEGE EMERGENCE DE MESSA-SI  
 36- COLLEGE TECHNIQUE DE NYOM

**ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE IIe**

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1- CETIC DE YAOUNDE II                              | NON FONCTIONNEL                 |
| 2- LYCEE DE CITE-VERTE                              |                                 |
| 3- LYCEE CLASSIQUE NKOLBISSON                       |                                 |
| 4- LYCEE DE TSINGA                                  |                                 |
| 5- LYCEE TECHNIQUE DE NKOLBISSON                    | 2 <sup>e</sup> Cycle Uniquement |
| 6- CENTRE EDUCATIF MEYONG MEYEME                    |                                 |
| 7- COLLEGE KIATABALA DE NKOL AFEME                  |                                 |
| 8- COLLEGE EKANI EYENGA D'OYO ABANG                 |                                 |
| 9- COLLEGE EXCELLENCE PLUS D'OYO ABANG              |                                 |
| 10- COLLEGE NOTRE DAME DE LA PAIX DE MESSA          |                                 |
| 11- CPL LA GRACE DE NKOMKANA                        |                                 |
| 12- INSTITUT JEAN BODY ZIBI DE MBANGKOLO            | POLYVALENT                      |
| 13- INSTITUT MGR RENE GRAFFIN DE NKOLBISSON         | POLYVALENT                      |
| 14- INSTITUT POUSSI DE NKOLBISSON                   |                                 |
| 15- COLLEGE STELLA MARIS ETETAK (OYOM ABANG)        |                                 |
| 16- ISIEG DE MELEN                                  |                                 |
| 17- CENTRE DE JEUNESSE ET D'ANIMATION DE MADAGASCAR |                                 |
| 18- COLLEGE DE LA RENOVATION DE MESSA               |                                 |
| 19- CETIF SACRE CŒUR DE MOKOLO                      |                                 |
| 20- CHUO BILINGUAL COLLEGE CARRIERE                 |                                 |
| 21- CPL YONA DE NKOLBISSON                          |                                 |
| 22- COLLEGE LE SAMARITAIN DE NKOLBISSON             |                                 |

**ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE IIIe**

- 1- CES DE NGOA-EKELLE
- 2- CETIF DE NGOA-EKELLE
- 3- CETIC DE NGOA-EKELLE
- 4- LYCEE D' AFANOYOA
- 5- LYCEE BILINGUE D'APPLICATION
- 6- LYCEE GENERAL LERCLERC
- 7- LYCEE DE NSAM EFOULAN
- 8- LYCEE TECHNIQUE INDUSTRIEL ET COMMERCIAL DE YAOUNDE
- 9- COLLEGE MGR FRANCOIS XAVIER VOGT DE NSIMEYONG
- 10- CETI CATHOLIQUE JEANNE ALEGUE MESSI DE MVOLYE
- 11- ENGLISH HIGH SCHOOL DE NLONG MVOLYE
- 12- FONDATION BILINGUE LES SAPINS DE NSIMEYONG
- 13- CPL LES BAMBIS D'AHALA
- 14- COLLEGE JULES YAD-ZAL DE NSIMEYONG
- 15- INSTITUT VICTOR HUGO DE NSIMEYONG
- 16- INSTITUT POLYV. DE LA RENOVATION PEDAGOGIQUE DE NSIMEYONG
- 17- COLLEGE DE LA ROSIERE DE NSIMEYONG

**Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun).**

ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE IVe	
1- CES D'ODZA II	NON FONCTIONNEL
2- LYCEE ANGUISSA	
3- LYCEE D'EKOUNOU	
4- LYCEE DE MIMBOMAN	
5- LYCEE DE MINKAN	
6- LYCEE DE NKOLNDONGO	2 <sup>e</sup> Cycle Uniquement
7- LYCEE TECHNIQUE D'EKOUNOU	2 <sup>e</sup> Cycle Uniquement
8- COLLEGE ATANGANA ESSOMBA DE KONDENGUI	
9- COLLEGE BILINGUE SHAKESPEARE DE MIMBOMAN- DISPENSAIRE	
10- COLLEGE BILINGUE JEUNESSE LUMIERE D'EKIE	
11- COLLEGE LA MEFOU D'ANGUISSA	
12- COLLEGE MADELEINE DE MVOG MBI	
13- COLLEGE MARIE ALBERT II D'EKOUNOU	
14- COLLEGE RENE PHILOMBE DE NTUISSONG	
15- COLLEGE MONT VALERIE D'EKOUNOU	
16- COLLEGE SAINT EXUPER Y DE MIMBOMAN	
17- CPL LES PHARAONS DE VIEUX PANIER	
18- COLLEGE PRIVE LAIC EFFA GASTON D'ANGUISSA	
19- CPL LES MIGNONS D'EMOMBO	
20- CPL ACADEMIQUE BENISUZA DE MESSA-MENDONGO	
21- COLLEGE BILINGUE AMASIA MAHANAIM D'EKOUNOU	
22- INSTITUT JEAN BOCCHI DE MIMBOMAN	POLYVALENT
23- INSTITUT GASOLENT D'EKOUNOU	
24- INSTITUT MBE DE NKOMO	TECHNIQUE
25- INSTITUT CENTRAL (INSTIC) D'ETAM BAFIA	POLYVALENT
26- INSTITUT SIANTOU DE NKOLNDONGO	POLYVALENT
27- PI & JU COLLEGE DE NKOMO	
28- CENTRE EDUCATIF LE BON BERGER D'EKIE-EKOUMDOUM	
29- COLLEGE ADVENTISTE D'ODZA	
30- COLLEGE ZANG MEBENGA DE MIMBOMAN CHATEAU	
31- COLLEGE JARDIN EDEN D'EKOUNOU	
32- MAISON DOLLAR D'EKOUNOU	
33- BAPTIST SECONDARY SCHOOL D'AWAE	
34- INSTTUT POLYVALENT BILINGUE CECILE ET GABRIEL DIPITO D'AWAE	
<i>* 35- All Family Support Center for Blind people</i>	
ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE Ve	
1- CETIC DE YAOUNDE V	NON FONCTIONNEL
2- LYCEE BILINGUE D'ESSOS	
3- LYCEE DE NGOUSSO NGOU MAKONG	
4- AYUNGHA BILINGUAL COLLEGE DE NGOUSSO	
5- CAMEROON SCHOOL OF EXCELLENCE DE NKOLMESSENG	
6- COLLEGE PRIVE DE L'ESPERANCE DE NGOUSSO	
7- COLLEGE MONGO BETI D'ESSOS	
8- COLLEGE ESSOMBA D'ESSOS	
9- COLLEGE MONTESQUIEU DE MVOG ADA	
10- COLLEGE BILINGUE DJA ANKEU DE NKOLMESSENG	
11- COLLEGE NOTRE DAME DES VICTOIRES DE MVOG ADA	
12- CPL TOUSSAINT ANTOINE DE NGOUSSO	
13- COLLEGE LAROUSSE D'ESSOS AV. GERMAINE	



- 14- INSTITUT BELLA ASSAN DE NGOUSSO
- 15- INSTITUT SAMBA DE MVOG ADA
- 16- INSTITUT UNIVERS DE L'OMNISPORT
- 17- COLLEGE BILINGUE PRIVE LAIC LES CHANTERELLES DE NKOLMESSENG
- 18- CPL LES LILAS DE NKOLMESSENG
- 19- COLLEGE MATHIEU & CLAIRE DE NKOLMESSENG
- 20- INSTITUT LAIC ESSOMBA D'ESSOS
- 21- COLLEGE DE LA REFERENCE DE MVOG EBANDA
- 22- COLLEGE ST AUGUSTIN DE MVOG EBANDA
- 23- QUEENSWAY BILINGUAL COLLEGE NKOLMESSENG ? CLANDESTIN
- 24- CATIBA DE MFADENA ?

#### ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE VI

- 1- CETIC DE YAOUNDE VI NON FONCTIONNEL
- 2- LYCEE BILINGUE D'ETOUG-EBE
- 3- LYCEE DE BIYEM-ASSI
- 4- LYCEE DE MENDONG
- 5- CETI DJONOU DE BIYEM ASSI
- 6- CITY BILINGUAL ACADEMY D'ETOUG EBE
- 7- COLLEGE ESPERANCE MODERNE D'ETOUG EBE
- 8- COLLEGE DU SAVOIR DE BIYEM ASSI
- 9- COLLEGE DES SCIENCES ET TECHNIQUE D'ETOUG EBE
- 10- CPL FLEMING D'ETOUG EBE
- 11- CPL EBANDA DE BIYEM ASSI
- 12- CPL SCOLAIRE BILINGUE EMMAUS D'ETOUG EBE
- 13- CPL MARKESSO D'ETOUG EBE
- 14- COLLEGE SIGMUND FREUD DE MENDONG
- 15- CPL LES BEATITUDES D'ETOUG EBE
- 16- CPL LA FONTAINE DE NKOLZIE
- 17- COLLEGE DE LA FUSEE DE MVOG BETSI
- 18- INSTITUT BAUDELAIRE BILINGUE DE MENDONG
- 19- I.T.I.E. D'ETOUG EBE
- 20- I.T.S.E. DE MENDONG
- 21- I.P.O.N.I. DE MENDONG
- 22- NATIONAL EDUCATIONAL SERVICE COLLEGE OF ARTS & SCIENCE (NESCAS) D'ETOUG EBE (MONTÉE DES SŒURS)
- 23- MERVIC BILINGUAL COLLEGE D'ETOUG EBE
- 24- OXFORD HIGH SCHOOL (BISCUITERIE) OBILI
- 25- COSBIE DE SIMBOCK
- 26- COLLEGE JEAN JAURES DE SIMBOCK
- 27- MARIO SECONDARY SCHOOL SIMBOCK

#### TOTAL NOMBRE DES ETABLISSEMENTS

1. YAOUNDE I	= 36
2. YAOUNDE II	= 22
3. YAOUNDE III	= 17
4. YAOUNDE IV	= 34
5. YAOUNDE V	= 24
6. YAOUNDE VI	= 27

TOTAL = 160

## Glossaire

Adolescence : Période de la vie entre la puberté et l'âge adulte.

Adolescent-élève : C'est un élève qui est dans la période d'adolescence.

Affectivité : Ensemble des phénomènes affectifs (émotions, sentiments, passions, etc.).

Antécédents : Fait antérieur, qui précède un acte sexuel. Fait antérieur permettant l'orientation, la réalisation actuelle d'un acte sexuel.

Anti-intentionnel : Qui s'oppose à l'intention.

Asymétrie : Défaut, absence de symétrie, c'est-à-dire de correspondance, d'harmonie entre l'intention et l'action.

Bi-directionnalité : Qui a deux directions.

But : Objectif visé pendant l'accouplement (l'acte sexuel).

Circonstances : Particularité qui accompagne un acte sexuel. C'est aussi ce qui détermine un moment donné dans l'accouplement.

Cognition : Faculté de connaître, qui concerne la connaissance, qui se rapporte également aux processus par lesquels un être vivant acquiert des informations sur le VIH/Sida.

Communication persuasive : Fait d'établir une relation avec autrui dans le but de l'amener à croire en l'existence du Sida et à ses méfaits.

Comportement sexuel à risque : Tout acte sexuel qui présente un danger de contraction d'une maladie sexuellement transmissible et plus précisément du VIH/Sida.

Contexte : Conditions (situations) dans lesquelles se déroule un acte sexuel.

Croyance : Fait de croire à la vérité sur le Sida, ou en son existence.

Déviance : Caractère de ce qui s'écarte de la norme, comportement sexuel qui s'écarte des normes admises par une société.

Echelle d'attitudes : Série chiffrée permettant de quantifier les attitudes par rapport à un objet déterminé, des plus favorables aux plus défavorables en passant par l'indifférence (neutralité, indécision).

Force de l'affectivité : Energie, capacité qu'ont les émotions, les sentiments à déclencher, provoquer, susciter l'acte sexuel.

Force de l'habitude : Energie, endurance, capacité de déclencher, provoquer, contrôler permanemment l'acte sexuel.

Inertie cognitive : Manque d'activité, d'initiative de la part des processus cognitifs.

Interaction : Influence réciproque de deux personnes.

Monitoring de soi : Surveillance de sa propre personne, de son fort intérieur (auto-surveillance).

Motivation : Ensemble des motifs (raisons qui poussent à poser un acte) qui expliquent un acte.

Négociation : Action de discuter en vue d'un accord sur le port ou le non port du préservatif.

Participant : C'est toute personne qui participe à l'enquête, c'est-à-dire qui reçoit un questionnaire, le remplit soigneusement et le restitue.

Pression psychosociale : Forces (influences) exercées par un (e) adolescent (e) en vue d'inciter (convaincre) son/ sa partenaire sexuel (le) à avoir un acte sexuel non protégé. Selon les cas, elle peut être soit subie, soit exercée.

Prévention : Ensemble des mesures prises pour prévenir (informer par avance, avertir) un danger, un risque, un mal, pour l'empêcher de survenir.

Sexualité : Ensemble de phénomènes liés au sexe.

Socionoeud : Agrégats plus ou moins compacts ou plus ou moins organisés de liens sociaux.

Variable intermédiaire : Variable accessoire se trouvant entre la variable indépendante (intention) et la variable dépendante (action) et qui se transforme en variable principale.

Vulnérabilité au VIH/Sida : Caractère vulnérable d'une personne, c'est à dire susceptible d'être contaminée par le virus du Sida.

## Résumé

La présente thèse s'inscrit dans la problématique de la mise en acte de l'intention. Elle traite des variables influençant la résistance à l'usage du préservatif, en s'inspirant de la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991). Cette théorie postule qu'un comportement planifié est précédé d'une intention d'action et l'intention est le prédicteur décisif du comportement. Cependant, les résultats obtenus de l'enquête menée auprès des adolescents-élèves sexuellement actifs des classes terminales de la ville de Yaoundé (Cameroun) montrent que la relation intention-comportement n'est pas évidente. En effet, 38% des participants manifestant par ailleurs une bonne intention de porter le préservatif pour se protéger du VIH/Sida ont malheureusement eu des rapports sexuels non protégés (sans préservatif). L'analyse des résultats montre que cette asymétrie est due à l'influence exercée par des variables statistiquement inventoriées comme intermédiaires à l'intention d'agir et à l'action. C'est ainsi que la conclusion suivante a été retenue : il existe entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ». Autrement dit, l'intention perd parfois l'autonomie sur le comportement.

**Mots clés** : action, adolescent, attitude, changement de comportement sexuel, comportement, préservatif, résistance au changement, sexualité, théorie du comportement planifié.

---

# Abstract

The present thesis facts within the problematic framework of putting into action an intention. It deals with variables influencing resistance in the use of preservatives with inspiration from the theory of planned behaviour by Ajzen (1991). This theory states that a planned behaviour is preceded by an intentional action and the intention is a decisive predictor of behaviour. However, the results obtained from fieldwork involving sexually active adolescents-students in the upper sixth form in the city of Yaounde (Cameroon) show that the relationship between intention and behaviour is not evident. In reality, 38% of participants manifesting a good intention of using preservatives (condoms) for protection against Hiv/Aids have unfortunately had unprotected sexual intercourse (ie without preservatives). The analysis of results show that this asymmetry is due to the influence exercised by the inventorised statistical variables as intermediaries in the intention to act and action. Thus the following conclusion is retained: there exists between the intention to act and action variables which lead to the realisation of a behaviour "anti-intentional". Put in another sense, the intention loses sometimes its autonomy on the behaviour.

**Key words** : action, adolescent, attitude, behaviour, behaviour change, condoms, Hiv/Aids, intention, resistance of change, sexual behaviour, sexuality, theory of planned behaviour