

DEDICACE

Nous dédions ce mémoire de recherche de Master 2 en sciences de gestion à tous les prestataires de santé engagés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier notre Directeur de mémoire le professeur Ouattara Abdoulaye, de l'UFR des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université Félix Houphouët-Boigny pour sa disponibilité et son soutien tout au long de l'élaboration de ce mémoire de recherche.

Nous lui exprimons également toute notre gratitude pour nous avoir inculqué la rigueur, l'efficacité et le sens du travail bien fait.

Nous remercions également Docteur Vangah Kouassi Hubert, tout le personnel d'encadrement, les formateurs de l'UFR des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université Félix Houphouët-Boigny ainsi que tous les intervenants dans ce programme pour leur contribution à la rédaction de ce mémoire.

Merci aux étudiants de l'Université Félix Houphouët-Boigny et d'ailleurs ayant participé à ce programme pour leur partage d'expériences et leur soutien.

Merci au district sanitaire de Marcory – Treichville, à l'hôpital général de Marcory, à la formation sanitaire urbaine d'Anoumabo, au centre de sante urbain communautaire d'Aliodan, à la clinique Espace Confiance et à l'ONG SANTE ET DEVELOPPEMENT (AJPSD) pour leur contribution lors de la rédaction de ce mémoire.

Nous adressons aussi nos remerciements à nos parents, ma mère HADJA SIDIBE Malaro, mon épouse SOMA Aminata et nos enfants Ibrahim, Balakiss, Idriss, collaborateurs, et mon ami YAO N'Guessan Philippe pour leur soutien.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
SOMMAIRE	III
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	IV
RESUME.....	VI
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE DE L'ETUDE	6
Chapitre I : Cadre conceptuel de l'atude	7
Section 1 : Approche définitionnelle du comportement engageant et de la communication engageante.....	7
Section 2 : Concept d'attitude	8
Chapitre II : Cadre théorique de l'étude	15
Section 1 : Théorie de la communication engageante et de comportement engageant.....	18
Section 2 : Débat autour de la communication engageante et du comportement engageant ...	23
PARTIE II : ETUDE EMPIRIQUE DES DETERMINANTS DE LA COMMUNICATION ENGAGEANTE POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ LES PVVIH ²⁶	
Chapitre III : Positionnement épistémologique et choix méthodologique	27
Section 1 : Positionnement épistémologique	27
Section 2 : Choix méthodologique de l'étude	29
Chapitre IV : Analyse et discussion des résultats de l'étude.....	34
Section 1 : Analyse des résultats de l'étude	34
Section 2 : Discussion et limite de l'étude	44
CONCLUSION GENERALE	48

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Distribution de prestataires impliqués dans la prise en charge des PVVIH du district sanitaire de Marcory	45
Tableau 2 : Statistiques descriptives du profil des répondants	48
Tableau 3 : Statistiques de la distribution de la visibilité et de l'importance de l'acte d'engagement	49
Tableau 4 : Statistiques de la distribution des raisons de l'acte d'engagement	50
Tableau 5 : Statistiques de la distribution du comportement d'engagement	51
Tableau 6 : Statistiques de fiabilité	53
Tableau 7 : Indice KMO et test de BARTLETT.....	54
Tableau 8 : Variance totale expliquée.....	55
Tableau 9 : Matrice des composantes après rotation	57
Tableau 10 : Estimation du modèle	58
Figure 1 : Conception schématique des attitudes d'après M.J. Rosenberg et C.I.....	9
Figure 2 : Modèle conceptuel de la recherche.....	25

*La faculté n'entend donner aucune approbation,
ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire.
Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.*

RESUME

Ce présent travail de recherche met en évidence l'influence de la communication engageante sur le comportement en faveur des personnes vivant avec le VIH/ sida dans le district sanitaire de Marcory. L'objectif de cette étude est d'analyser les déterminants de la communication engageante pour l'adoption de comportements engageants chez les personnes vivant avec le VIH/sida. La communication engageante est appréhendée à travers les dimensions de la visibilité de l'acte et des raisons de l'acte (Joule et Beauvois, 1998). La méthodologie utilisée concerne notamment la définition des variables et l'adoption d'une méthode d'échantillonnage empirique par convenance. Les données ont été collectées par le biais d'un questionnaire administré lors d'une enquête sur un échantillon de 55 prestataires de santé engagés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida en milieu clinique. Les résultats après l'analyse en composantes principales et la régression logistique dichotomique ont montré que la visibilité de l'acte d'engagement regroupant le caractère explicite, le caractère irrévocable, le caractère répétitif et les contraintes (coûts) liés à l'acte d'engagement, et les raisons de l'acte d'engagement regroupant la promesse de récompense, la menace de punition et la liberté de conduite influencent significativement l'adoption d'un comportement engageant chez les personnes vivant avec le VIH/sida.

Mots clés: communication engageante, comportement engageant.

ABSTRACT

This current research highlights the influence of engaging communication on the behavior of people living with HIV/aids in the health district of Marcory. The objective of this study is to analyze the determinants of engaging communication by adopting behavior engaging of people living with HIV. Involving communication is captured through the dimension of the visibility of the act and the reasons for the act (Joule and Beauvois, 1998). The methodology used includes the definition of variables and the adoption of the empirical sampling method by convenience. The data were collected through a questionnaire conducted during a survey of a sample of 55 health providers involving in the care of people living with HIV/aids in the clinical setting. The results after the principal component analysis and the dichotomous logistic analysis showed the visibility of the act of the commitment grouping the promise explicit, irrevocable, repetitive and cost-related the act of engagement, and the reasons for the pledge of reward, threat of punishment and freedom of conduct significantly influences the adoption of engaging behavior of persons who live with HIV/aids.

Keyword: engaging communication, engaging behavior.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AI	: Autre
ARV	: Antirétroviraux
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
EIS	: Enquête sur les Indicateurs du SIDA
PDV	: Perdus de vue
PEC	: Prise en charge
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TARV	: Traitement Antirétroviral
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION GENERALE

Dans le domaine de la santé, depuis plus d'une décennie, la lutte contre certaines maladies dites prioritaires comme le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, s'est intensifiée avec la mise en place de plusieurs projets et programmes mis en œuvre aussi bien par les structures publiques que les organisations civiles nationales et internationales. Ces projets et programmes sont caractérisés principalement par deux types d'actions à savoir la communication pour le changement de comportement et la distribution de produits de santé.

Concernant le domaine de prévention du VIH/Sida, les campagnes de sensibilisation ou du moins les actions de communication menées visent à promouvoir des comportements favorables qui permettent d'éviter la contamination et/ou la surinfection au VIH. Ainsi, est –il conseillé de pratiquer l'abstinence, la fidélité, l'utilisation du préservatif, le dépistage et la prise régulière des médicaments ARV, le respect des rendez-vous clinique et biologique et la pratique de la prévention positive chez les personnes vivant avec le VIH/Sida. De plus nous assistons à la distribution de produits nécessaires pour l'adoption de certains comportements promus, les préservatifs masculins et féminins sont alors distribués gratuitement ou à des prix subventionnés.

Ces deux types d'interventions sont qualifiées de marketing social regroupant d'une part, le marketing des idées, la promotion des idées et des comportements, et d'autre part, le marketing des produits pour la distribution des produits de santé notamment les Antirétroviraux (ARV), les préservatifs masculins et féminins.

Que le marketing social soit axé sur les questions de santé et autres, il revêt une certaine importance pour la société en ce sens qu'il peut induire des changements de comportements sociaux bénéfiques pour le plus grand nombre ou favoriser l'accessibilité de produits et services indispensables à des couches sociales pauvres et vulnérables.

Au regard de ce rôle de régulation social, il est impérieux que les interventions de marketing social produisent des impacts sanitaires sociaux, en facteurs de progrès pour les individus et la société. Orienté dans un but, le marketing social vise à influencer un public-cible afin qu'il accepte, regrette, modifie ou abandonne volontairement un comportement bénéficiant à un individu, à un groupe ou à la société dans son ensemble (Kotler et al. 2002).

Pour Joule et al (2004) il suffit de « pas grande chose » pour passer des idées aux actes et « pas grande chose » serait un comportement engageant. Le comportement engageant tant souhaité en vue d'un changement de comportement provient de la communication engageante. Cette communication agit à la fois à un niveau cognitif (attitudes) et à un niveau comportemental. De plus, ses effets dépendent de l'acte préparatoire engageant celui-ci peut être problématique ou non problématique.

Les problèmes qui se posent à la communication dans le domaine de la santé sont nombreux et importants. Le premier sans doute à surmonter réside dans l'objectif que visent les travailleurs de la santé de presque toujours vouloir changer les comportements. Il s'agit par exemple de faire prendre certaines mesures préventives spécifiques comme se faire vacciner ou se soumettre à des examens périodiques ou plus difficiles encore, faire changer de style de vie comme cesser de fumer, adopter des habitudes alimentaires plus saines, changer les comportements sexuels etc. le personnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme) et les agents de santé communautaires sont souvent confrontés aux actes problématiques dans la prise en charge des PVVIH.

Ces actes problématiques sont entre autres l'inobservance thérapeutique, le non-respect des rendez cliniques et biologiques, la pratique des comportements sexuels à risque (anaux, buccaux), le refus de porter les préservatif, le multi partenariat sexuel, les relations sexuelles inter générationnelles, la manipulation des objets tranchants, le refus d'observer une hygiène alimentaire et la non-participation aux causeries éducatives pour certains. A cela s'ajoute une proportion de PVVIH ayant quittées les soins de façon volontaire appelées les perdues de vue (PVD).

La deuxième difficulté vient du fait que les travailleurs de la santé essaient de changer les comportements mais les comportements qu'ils veulent faire adopter ont le plus souvent à court terme, des conséquences aversives.

La psychologie nous enseigne que l'adoption d'un comportement est fonction de ses conséquences. Quand celles-ci sont favorables, elles incitent l'individu à répéter la conduite ; au contraire, quand elles sont négatives l'individu est porté à s'en détourner.

La plupart des comportements que les travailleurs de la santé veulent faire adopter ont des conséquences immédiates négatives surtout ceux en charge des PVVIH.

Nous notons l'observance thérapeutique (prendre régulièrement ses médicaments ARV), le respect des rendez-vous cliniques et biologiques, l'utilisation correcte et systématique du préservatif, l'adoption de comportements sexuels à moindre risque, changer les habitudes alimentaires, participer aux causeries éducatives et surtout se maintenir coût que coût dans les soins.

Il convient de souligner que les travailleurs de la santé en charge des PVVIH, travaillent sur des actes préparatoires problématiques.

Si les études ont montré que la communication engageante a pour effet de permettre aux récepteurs d'ajuster les attitudes avec les actes, il n'en demeure pas moins que la plupart des PVVIH qui adhèrent difficilement au traitement ARV, n'arrivent pas à se maintenir dans le

circuit de soins du fait de leur sortie volontaire du circuit de traitement. Pourtant dans les structures de prise en charge, ils bénéficient d'un acte préparatoire engageant et même soumis à un consentement éclairé avant le démarrage du traitement ARV (TARV) telle que prônée par la théorie de l'engagement.

Nous nous posons la question de savoir quels sont les facteurs déterminants de la communication engageante pour favoriser les comportements engageants chez les PVVIH ?

La réponse à cette question appelle à une autre question à savoir : quels sont les actes préparatoires engageants ou soubassement comportementaux qui influencent la sélection de l'information sur la persuasion ?»

L'objectif général poursuivi dans cette recherche est d'analyser les déterminants de la communication engageante pour l'adoption de comportements engageants chez les PVVIH.

De façon spécifique, ce travail de recherche vise à :

- Identifier les facteurs de visibilité et de l'importance de l'acte d'engagement
- Identifier les facteurs ayant trait aux raisons de l'acte d'engagement

La littérature regroupe les caractéristiques de l'acte engageant en deux grandes catégories : la visibilité et l'importance de l'acte, d'une part, et les facteurs ayant trait aux raisons de l'acte, d'autre part, (Joule et Beauvois, 1981 et 1998 ; Kesler 1971). Pour les besoins de notre recherche, nous entendons par « acte » tout acte comportemental à visée éthique. Ainsi, nous formulons les hypothèses suivantes qui seront vérifiées dans les parties empiriques du travail à travers les analyses unidimensionnelles, bidimensionnelles, multidimensionnelles et économétriques. En effet, nous avons deux hypothèses principales que sont H1 et H2 :

Selon Hypothèse 1 : **La visibilité de l'acte d'engagement explique les comportements engageants chez les PVVIH.**

Selon Hypothèse 2 : **Les raisons de l'acte d'engagement expliquent les comportements engageants chez les PVVIH**

La communication engageante a fait l'objet de nombreux travaux notamment dans le domaine de l'environnement. Cependant, la contribution de cette recherche est d'apporter une réponse à

l'épineux problème auquel les travailleurs de la santé sont confrontés à savoir le fait de vouloir changer le comportement. Plus spécifiquement chez les PVVIH, favoriser l'adoption de comportements engageants. Elle permettra également aux prestataires engagés dans la prise en charge des PVVIH de connaître les déterminants de la communication engageante en vue de favoriser l'adoption de comportements engageants chez les PVVIH.

Ce mémoire comprend deux parties. La première partie concerne le cadre théorique et conceptuel de l'étude et la deuxième partie met l'accent sur le cadre empirique de l'étude.

PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE DE L'ETUDE

Chapitre I : Cadre conceptuel de l'étude

De nombreux travaux concernant la communication engageante, ont été abordés par plusieurs auteurs. S'inspirant de ces écrits, nous allons consacrer ce chapitre au cadre conceptuel de l'étude.

Section 1 : Approche définitionnelle du comportement engageant et de la communication engageante

1. Comportement engageant

Selon Joule (1987) un comportement engageant consiste à amener un individu à opter pour un changement de comportement qui repose sur une prise de décision et le gel de cette décision. Le comportement engageant tant souhaité en vue d'un changement de comportement provient de la communication engageante.

2. Communication engageante

Une communication engageante est une communication qui agit à la fois à un niveau cognitif (attitude) et à un niveau comportemental. Ces effets dépendent de la nature de l'acte préparatoire engageant. Celui-ci peut être problématique ou non problématique. Les actes problématiques sont contraires aux attitudes des individus. A l'inverse, les actes non problématiques vont dans le sens des attitudes et des motivations du sujet.

Selon Girandola et Joule(2008), la communication engageante a un double intérêt : d'abord théorique, car elle permet la prise en compte des variables à la fois comportementales et attitudeles ; et un intérêt pratique, par l'optimisation de certaines actions préventives visant le changement de comportement. Ces auteurs émettent l'hypothèse que « la réalisation d'un acte préparatoire consistant avec un message persuasif subséquent facilite le changement d'attitude et le changement de comportement dans le sens de l'argumentation développée ». Dès lors, la communication engageante serait à la fois une métathéorie et également une méthodologie susceptible de produire du changement attitudeal et comportemental.

Dans ce paradigme, on étudie les effets cognitifs et/ou comportementaux d'un message présenté après la réalisation d'un comportement engageant ou un soubassement comportemental adéquat. Ce dernier peut passer par la réalisation d'actes préparatoire dans un

contexte permettant à l'individu de tisser un lien entre ce qu'il fait et ce qu'il est et, finalement entre ce qu'il est et la cause à défendre ou à promouvoir. Cet engagement doit donc se faire dans des conditions telles que nous ne puissions expliquer la réalisation de cet acte que par des facteurs internes (e.g. nos goûts, nos convictions, nos attitudes personnelles) à l'exclusion de tous facteurs externes (e.g. pressions situationnelles, promesses de récompense ou menace de punition) et l'acte préparatoire doit s'avérer consistant avec les arguments ou les informations véhiculées par le message persuasif (Girandola & Joule, 2006).

Section 2 : Concept d'attitude

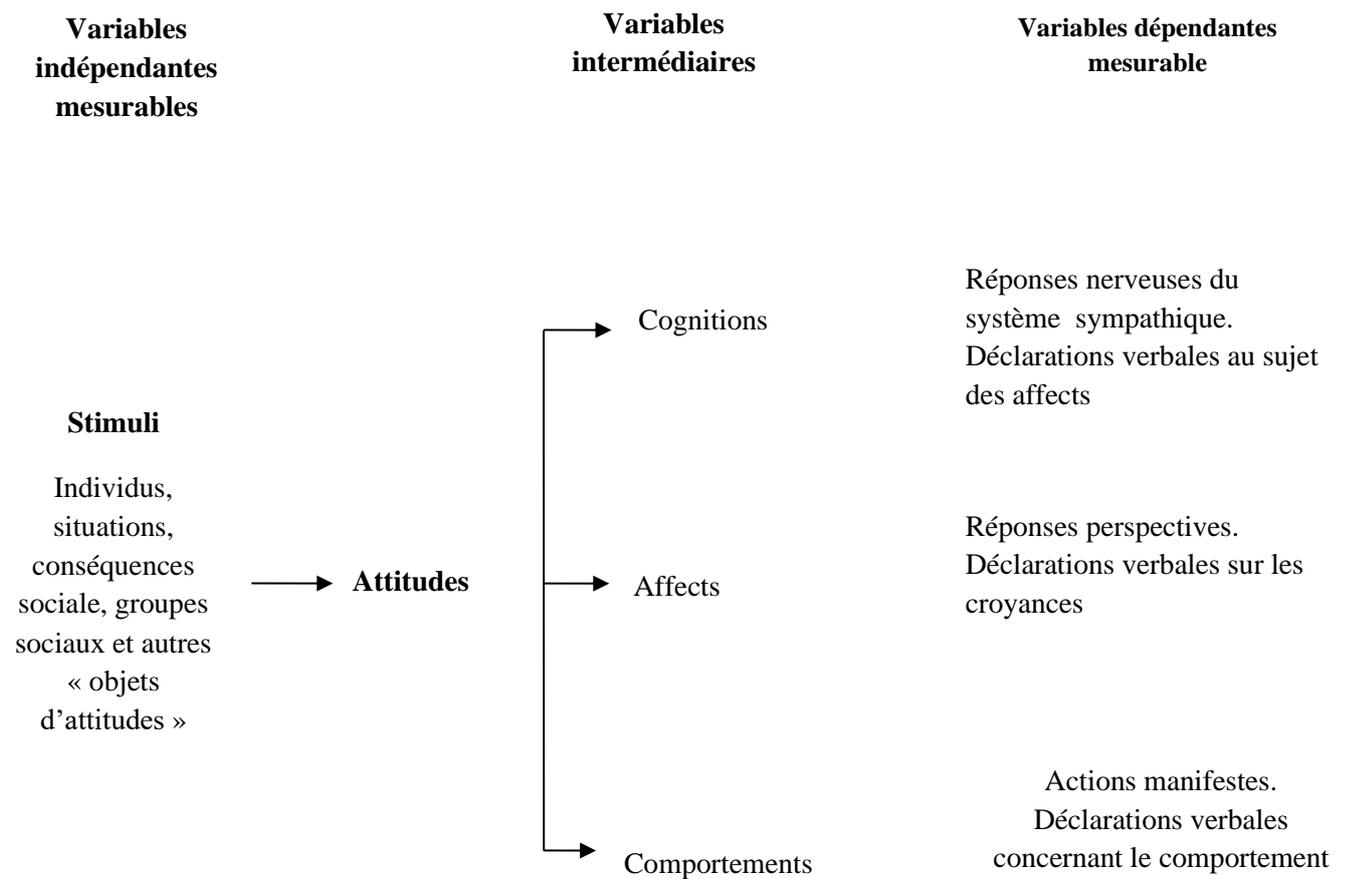
1. Définition du concept d'attitude

Quasi contemporain de la naissance de la psychologie sociale, le concept d'attitude renvoie à l'idée que serait prédisposé à donner des évaluations sur le monde social et que ces évaluations contribueraient à sélectionner l'information pertinente pour se comporter dans le sens des évaluations. Dans de nombreuses situations l'attitude serait ainsi un antécédent du comportement. Selon Allport (1935), une attitude représente un état mental, une préparation qui est organisée à la suite d'expérience et exerce une influence dynamique sur l'individu à tous les objets et les situations qui s'y rapportent. Pour Zanna et Rempel (1988), l'attitude est plutôt un jugement, une opinion exprimant un degré d'éversion ou d'attraction c'est-à-dire une évaluation favorable-défavorable envers un objet attitudinal.

En 1960, Rosenberg et Hovland ont proposé le premier modèle concernant la structure d'attitudes : le modèle tridimensionnel. Selon ces deux auteurs, les attitudes sont composées de trois éléments :

- **La dimension cognitive** : elle renvoie aux croyances ou aux opinions évoquées par un objet d'attitude.
- **La dimension affective** : elle est associée à l'émotion
- **La dimension conative** : elle représente tout ce qui est lié au comportement de l'individu face à l'objet d'attitude (intention d'action) Hovland et Rosenberg (1960) ont schématiquement résumé les effets d'un stimulus sur ses différentes composantes de l'attitude comme suit

Figure 1 : Conception schématique des attitudes d'après M.J. Rosenberg et C.I. Hovland



Source : A. ZBINDEN, (2011), Communication engageante et représentations sociales : une nouvelle articulation théorique, thèse de doctorat à l'université de Bourgogne

Un second modèle unidimensionnel est proposé (Chaiken, 1987 ; Eagle et Chaiken, 2007 ; Ogood, Succi & Tannenbaum 1957 ; Petty & Cacioppo, 1981). Ce modèle unidimensionnel concerne la structure des attitudes, il est basé uniquement sur la composante affective : " j'aime, je n'aime pas ". "C'est bien ; ce n'est pas bien".

Cette conception de l'attitude est une conception unidimensionnelle et pragmatique comme « une tendance psychologique exprimée par l'évaluation d'une entité particulière selon un certain degré de faveur ou de défaveur » (Eagly et Chaiken, 1993 ; cf. Girandola et Joule, sous presse pour une revue). L'attitude est ainsi caractérisée par sa valence (orientation positive et négative) et par sa force (Petty et Krosnick, 1995.) dans cette définition, les auteurs se réfèrent à un état interne de l'individu pour expliquer l'attitude. Cela voudrait dire que l'attitude est une disposition à réagir de façon favorable ou défavorable envers un objet d'attitude. Une

grande importance est mise en avant en ce qui concerne l'évaluation : posséder une attitude, c'est avoir la capacité de situer un objet attitudinale sur une dimension évaluative.

2. Caractéristiques de l'attitude

Les quatre caractéristiques principales de l'attitude sont : la direction, l'intensité, la centralité et l'accessibilité. Pour la direction l'attitude est soit positive ou négative. Dans le cas d'attitudes controversées, celles-ci n'ont pas de pôle bien défini (positif, négatif), il est alors dit que l'attitude est ambivalente. Pour l'intensité il s'agit de la réaction émotionnelle provoquée par l'objet d'attitude. Pour la centralité, une attitude est centrale si elle est importante pour l'individu. Les attitudes centrales se rattachent souvent à l'image que l'on a de soi et ce sont également ces attitudes centrales qui sont les plus résistantes au changement. Enfin, en ce qui concerne l'accessibilité, il s'agit de la solidité de l'association entre l'objet d'attitude et son évaluation affective. On peut mesurer l'accessibilité des attitudes grâce au temps de réponses des individus, plus l'individu répond vite et plus son attitude est accessible et plus elle prédit le comportement.

Ensuite plus une attitude sera forte et plus l'individu produira un comportement consistant avec cette attitude, c'est à dire que la production d'un comportement dépend de la prégnance de l'attitude. L'attitude doit posséder une structure suffisamment stable et solide pour pouvoir observer la réalisation du comportement consistant avec celle-ci. Dix dimensions peuvent définir la force d'une attitude (Krosnick, Boninger, Chuang, Berent & Carnot, 1993):

- L'accessibilité

Elle se réfère à une association, en mémoire, entre un objet d'attitude et son évaluation. Et donc par conséquent, à la facilité avec laquelle une évaluation vient à l'esprit quand on rencontre un objet d'attitude. C'est la force de cette association qui détermine l'accessibilité de l'attitude en mémoire. Cette dimension est liée avec la fréquence de répétitions d'une attitude. Plus cette attitude est exprimée, plus la force de cette association et donc son accessibilité sont importantes. Et par une sorte d'effet, « boule de neige » plus l'accessibilité en mémoire est rapide, plus elle augmente la force de la relation attitude-comportement. Selon Krosnick et al. (1993), l'accessibilité est une des dimensions de l'attitude les plus importantes.

- L'extrémité

Une attitude est considérée comme extrême quand elle s'éloigne significativement du point neutre d'une échelle d'évaluation (Judd & Johnson, 1981). Plus une attitude est répétée et plus la relation attitude- comportement est importante. Ceci est également valable pour l'extrémité d'une attitude : elle est liée à sa fréquence de répétition ; plus une attitude est extrême, plus un comportement consistant avec cette attitude est susceptible d'apparaître.

- **L'intensité**

Cette dimension est définie comme "une réaction émotionnelle provoquée par un objet d'attitude" (Girandol, 2003). Elle mesure donc l'amplitude d'une attitude et non sa direction. En fait, plus un individu se positionne vers une extrémité ou l'autre d'une échelle, plus l'attitude est intense (Cantril, 1946).

- **La certitude de l'attitude**

Cette dimension est présentée par Gross, Holt & Miller (1995) comme un degré de confiance accordé à une attitude. La certitude consiste simplement dans le fait d'être ou non, sûr de soi. Selon ces auteurs, plus nous avons confiance en la croyance que notre attitude (quelle qu'elle soit) est correcte plus la certitude est présente. Certaines études (pour une revue voir Petty et Krosnick, 1995) ont montré que les attitudes dont nous sommes le plus certains tendent à être plus fortes que les attitudes dont nous doutons. C'est une caractéristique non négligeable car plus les attitudes sont fortes, plus elles sont résistantes au changement et donc stable dans le temps. Et par voie de conséquence, elles peuvent être prédictives des futurs comportements.

- **L'importance**

Cette dimension représente une perception subjective de l'intérêt porté à une attitude (Boninger, Krosnick, Berent & Fabrigar, 1995). Selon Kronick (1989), plus une attitude apparaît importante, plus elle prédit le comportement à venir.

- **L'intérêt**

Cette dimension se réfère "à l'étendue à laquelle un objet d'attitude est hédoniquement pertinent pour le détenteur de l'attitude" (Crano, 1995). L'intérêt comprend cinq sous catégories (Crano, 1995) ; la participation ou investissement du participant (perception que l'individu a des conséquences de son attitude en terme de bénéfice / perte liés à l'objet d'attitude), la saillance (si un objet d'attitude capte particulièrement l'attention de la personne, son intérêt pour cet objet augmentera en conséquence et aura pour effet de renforcer la relation

attitude – comportement, Sears & Citrin, 1985), la certitude (l'individu sera assuré que des conséquences découleront de toutes actions liés à l'attitude), l'immédiateté (se réfère au laps de temps s'écoulant entre un acte impliquant une attitude et ses conséquences présumées), l'auto efficacité(concerne la perception d'un individu de sa propre capacité à réussir un acte consistant avec la perception qu'il possède des bénéfices /pertes, liées à l'objet d'attitude ; un manque d'auto efficacité atténuera l'intérêt et donc la relation attitude- comportement.

- **L'expérience directe :**

Elle représente le degré avec lequel nous participons à une activité comportementale rapportant à un objet d'attitude (Regan & Fazio (1977). Selon Petty et Cacioppo (1981), l'attitude est basée sur l'expérience directe. Fazio & Zanna (1981), ajoutent qu'une telle attitude est plus prédictive du comportement à suivre qu'une attitude qui ne serait pas basée sur l'expérience directe.

- **La connaissance :**

L'attitude comporte à la fois un ensemble de cognition (croyance ou opinion) et un ensemble de réponse affective à cet objet (émotion ou sentiments) (Rosenberg et Hovland, 1960), c'est ce que nous appelons une consistance structurelle ou encore consistance affective-cognitive.

- **La latitude de rejet et de non engagement :**

Selon Sherif & Hovland (1961), il s'agit de mesurer la clarté avec laquelle une attitude se traduit. Le principe de cette variable de la force de l'attitude est de dire que plus un individu s'oppose ou rejette les arguments avancés dans un message, plus son attitude initiale sera claire l'individu ne sera pas en mesure de « s'engager » envers une nouvelle attitude. Donc, l'acceptation de plusieurs arguments diminue cette clarté. Cette dimension serait basée sur celle de l'expérience directe (Fazio & Zanna, 1978).

Ainsi, plus les différentes dimensions sont fortes et associées les unes aux autres, plus l'attitude est elle-même forte et susceptible d'engendrer un comportement en rapport avec cette même attitude.

La psychologie sociale s'est depuis longtemps intéressée à la relation attitude –comportement, mais plusieurs théories (Ajzen et Fishbein, 1980 ; Ajzen, 1991) considèrent que les attitudes ne provoques pas directement les comportements mais que c'est l'intention comportementale qui constitue l'élément le plus pertinent pour prédire le comportement.

3. Intention comportementale

Les intentions sont des instructions à soi-même qui permettent d'avoir des comportements particuliers ou qui permettent d'obtenir certains résultats (Triandis, 1980). Elles sont habituellement mesurées à l'aide d'un item comme : "j'ai l'intention de faire ça". Former une intention comportementale revient pour le participant à réfléchir sur ce qu'il devra faire et aux efforts qu'il devra accomplir afin d'arriver à ce qu'il veut réaliser (Ajzen, 1991 ; Gollwitzer 1990 ; Webb & Sheeran, 2005). Selon Ajzen (1990), ce sont les intentions qui détiendraient les facteurs motivationnels qui influencent les comportements. Les différentes théories sur les relations entre attitudes et comportements convergent toutes vers une seule idée selon laquelle l'intention est une clé déterminante de tout comportement (Abraham, Sheeran, & Johnston, 1998 ; Austin & Vancouver, 1996 ; Conner & Norman, 1996 ; Eagly & Chaiken, 1993 ; Gollwitzer & Moskowitz, 1996 ; Maddux, 1999). Les modèles de relations attitudes-comportements comme la "théorie de l'action raisonnée" (Ajzen, 1985 ; Ajzen & Madden, 1986) et le modèle de comportement interpersonnel " (Triandis, 1977, 1980) convergent tous vers une idée centrale selon laquelle l'intention joue un rôle dans la prédiction du comportement. La théorie du comportement planifié fournit un cadre conceptuel utile pour traiter des complexités du comportement social humain. Cette théorie incorpore plusieurs des concepts centraux en sciences sociales et comportementales et définit ces concepts d'une manière qui permet des prédictions et des compréhensions des comportements particuliers dans des contextes spécifiques. Les attitudes, les normes subjectives de respect du comportement et le contrôle comportemental perçu sont habituellement utiles pour prédire les intentions comportementales avec précision. Cependant, il y a plusieurs questions qui restent sans réponses. En effet, il semble évident qu'il existe des relations entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et les comportements, mais la nature exacte de ces relations reste encore incertaine. Plusieurs recherches ont montré de fortes corrélations entre l'intention et le comportement (Armitage & Conner, 2001 ; Godin & Kok, 1996 ; Randall & Wolff, 1994 ; Sheppard et al. 1988 ; Sheeran, 2002). Cependant, Webb et Sheeran (2006) montrent que le lien entre intention et comportement est faible ($r=.18$). Le contrôle qui suppose des intentions sur les comportements est beaucoup plus limité que ce qu'avait supposé ces auteurs. Nous pouvons noter un décalage entre les idées et les actes et nous proposons d'utiliser les méthodes de la communication engageante pour essayer de combler ce décalage.

Chapitre II : Cadre théorique de l'étude

De nombreux travaux concernant la communication engageante, ont été abordés par plusieurs auteurs. S'inspirant de ces écrits, nous allons consacrer ce chapitre au cadre théorique et aux débats autour de la communication engageante et du comportement engageant.

Section 1 : Théories de la communication engageante et de comportement engageant

1- Théorie des croyances relatives à la santé ou health belief model (HBM)

La théorie des croyances relatives à la santé est d'abord, comme son nom l'indique, une théorie cognitive. Elle plonge ses racines dans la théorie du conditionnement opérant mais en mettant l'accent sur le rôle des attentes. Dans cette perspective, le comportement continue d'être régi par ses conséquences. Toutefois, les conséquences importantes ne sont uniquement celles qui sont ressenties physiquement ou émotivement mais ce sont aussi celles qui sont pressenties, celles qui sont appréhendées. Le modèle fait donc une place de toute première importance aux processus mentaux : l'imagination, le raisonnement, l'élaboration d'hypothèses ou d'attentes. Il s'agit encore de renforcement mais ces derniers sont de nature cognitive.

Selon le modèle des croyances relatives à la santé, l'adoption du comportement est fonction de trois éléments : la perception de la menace, la perception des bénéfices liés au comportement et l'efficacité personnelle.

1- 1- La perception de la menace

La perception de la menace dépend à son tour de deux facteurs. Le premier, la perception de la gravité du mal à éviter réfère à l'évaluation que l'on fait du degré de nocivité des conséquences de la maladie. Ces conséquences peuvent être aussi bien physiques, comme une infirmité, la souffrance ou la mort que social ou économique : incapacité de travailler ou de mener une vie normale ou rejet par l'entourage.

Le deuxième facteur de la menace est la perception de la vulnérabilité. Il s'agit de l'évaluation que fait l'individu de la probabilité d'attraper personnellement la maladie. Ce deuxième facteur ne s'additionne pas au premier mais se combine à lui pour le qualifier. Ainsi, plusieurs jeunes considèrent comme graves les maladies transmises sexuellement sans pour autant considérer la menace sérieuse parce qu'ils n'estiment pas leurs comportements risqués ou qu'ils ne croient pas sérieusement que de telles maladies puissent arriver à eux. Même si la maladie est considérée comme grave, la menace sera donc perçue au total comme relativement réduite.

1- 2- L'évaluation de comportement

L'évaluation du comportement est lui aussi composé de deux éléments. Le premier est l'évaluation de l'efficacité de l'action destinée à réduire ou neutraliser la menace. C'est en d'autres mots, la perception de l'efficacité du remède proposé.

Le deuxième élément est la connaissance des inconvénients du comportement ou la connaissance des obstacles que l'on doit surmonter pour le poser à l'évaluation que l'on fait de

ces obstacles. Ce deuxième élément se soustrait du premier et l'évaluation globale du comportement devient le résultat d'une opération mentale d'appréciation global des bénéfices des coûts du remède proposé. Idéalement, pour arriver à cette évaluation, il devrait être nécessaire de qualifier de manière quantitative les avantages et les inconvénients selon l'importance subjective. La théorie de la santé relative ne propose pas de le faire ; c'est un reproche qu'on lui fera.

1- 3- L'efficacité personnelle

Le dernier élément du modèle des croyances relatives à la santé est l'efficacité personnelle, telle qu'élaborée par Bandura (1986) pour la théorie sociale cognitive. Cet élément ne faisait pas partie du modèle tel qu'il fut élaboré à ses débuts mais il pouvait être implicitement inclus dans la perception des barrières ou des obstacles au comportement. Il s'agit de la conviction que l'on a d'être capable d'adopter le comportement préconisé. Cet élément est particulièrement important quand le comportement en question concerne le mode de vie, comme cesser de fumer, se mettre à la diète ou faire de l'exercice. Ainsi, selon Bandura, une personne acceptera de fumer si, par exemple, elle a la certitude que cela pourra lui éviter des maladies cardiovasculaires mais aussi si elle se croit capable de se désintoxiquer et de résister par la suite à la tentation de recommencer. "Dans le cas des comportements des santés, si les gens ne se croient capables de suivre une diète, de cesser de fumer ou de faire de l'exercice, ils ne le font tout simplement pas." (Bandura en 1986). On accède à l'efficacité personnelle notamment en observant les autres : "s'ils sont capable de le faire, je suis capable moi aussi". On rejoint ici directement la théorie cognitive qui considère les processus vicariants et les imitations comme des éléments clés.

On pourrait résumer la théorie du HBM en disant que l'adoption du comportement dépend des facteurs suivants :

- Perception de la menace
- Perception de la gravité du mal à éviter
- Perception de la vulnérabilité personnelle
- Evaluation du comportement
- Perception de l'efficacité du comportement
- Perception des inconvénients du comportement
- L'efficacité personnelle

1- 4 – Relation avec la théorie de motivation de protection

Il est intéressant de noter que les éléments de croyance relative à la santé sont ceux qu'utilise Rogers (1975) dans sa théorie de motivation de protection. Cette théorie explique pour une bonne part le mécanisme d'action de peur. Selon Rogers, la stratégie de persuasion la plus efficace est celle qui suscite la peur qui propose une façon de la réduire. La peur naît de la gravité du mal appréhendé et de sa probabilité d'occurrence. La façon de la réduire est issue de la perception qu'on a de la plus ou moins grande efficacité du comportement. Ce sont sensiblement les mêmes éléments que ce du modèle des croyances relatives à la santé. En 1983, Rogers et Maddux ont également incorporé à la théorie le concept d'efficacité personnelle tel qu'on l'a expliqué précédemment.

Le schéma d'intervention qui découle de ce modèle apparaît de lui-même : il faudra faire valoir la gravité du danger et sa probabilité et, par la suite proposer une façon efficace et commode de l'écarter. Il faudra enfin persuader la personne qu'elle est capable d'adopter les comportements proposés.

Le modèle de HBM présente l'avantage d'être simple et rationnel. La relation avec la peur est toutefois susceptible de diminuer le degré de rationalité et devrait nous inciter à la prudence parce qu'on sait qu'une peur excessive peut susciter des réactions d'évitement et donc être inefficace.

Janis, en 1970, a suggéré d'expliquer ce phénomène des réponses parallèles. Selon cet auteur, la peur générerait deux types de réponse : une réponse visant le contrôle du danger et une autre cherchant spécifiquement à faire disparaître l'émotion négative. Les deux réponses peuvent interférer l'une avec l'autre. La réponse visant le danger est adaptative et a pour résultat de faire adopter un comportement qui neutralise la menace. La réponse destinée à maîtriser l'émotion, au contraire, est de nature plus psychologique : c'est la négation l'évitement, l'oubli, etc. c'est elle qui risque de prendre le dessus lorsque le stimulus de crainte est trop fort. Mieux vaut donc y aller sobrement pour éviter les réactions trop émotives.

2- Théorie de comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986)

La théorie de comportement planifié est directement issue de la théorie de l'action raisonnée, proposée au début des années 80 par Ajzen et Fishbein (1980). Cette dernière à l'instar des théories de croyances à la santé, prend pour acquis que le comportement est régi par les

processus mentaux supérieurs et non directement par les renforcements que peut procurer le milieu.

2-1- L'intention

Ajzen et Fishbein postulent d'abord que "la plupart de nos actions de portées sociales sont sous le contrôle de la volonté " et par conséquent, que c'est l'intention de l'individu et non son attitude qui est le facteur immédiat le plus déterminant de l'action. Ces auteurs croient également que l'être humain cherche à maximiser le résultat de son action et agit en fonction des bénéfices et des inconvénients qu'il anticipe. C'est la raison pour laquelle ils privilégient les croyances, c'est-à-dire les évaluations subjectives que fait l'individu des résultats ou des conséquences de l'action. La théorie est donc fondée sur ce que croit ou pense l'individu, en postulant implicitement que si l'on peut changer ses croyances, on changera le comportement.

2-2 – L'attitude envers le comportement

Selon la théorie de l'action raisonnée l'intention de poser le comportement dépend de deux facteurs : l'attitude envers le comportement et la norme subjective. L'attitude envers le comportement est différente de l'attitude envers l'objet à laquelle réfèrent les théories classiques de changement d'attitude. Certes, l'attitude envers l'objet a encore sa place mais, selon la théorie de l'action raisonnée, son influence est médiatisée par l'attitude envers le comportement. Pour Ajzen et Fishbein, par exemple, l'attitude envers le préservatif est différente de l'attitude que l'on peut avoir envers l'utilisation du préservatif : on peut trouver le préservatif très utile et très efficace mais penser aussi que son utilisation est délicate et inspire la méfiance des partenaires éventuels. Il faut dire toutefois que plusieurs auteurs des théories classiques de l'attitude auraient inclus dans l'attitude envers l'objet l'attitude envers son utilisation. Selon Ajzen et Fishbein, l'attitude envers le comportement est toutefois plus précise et prédit mieux l'intention de poser ou non le comportement.

2-3- "Croyances behaviorales"

L'attitude envers le comportement est aussi déterminée par la perception qu'à l'individu des résultats de ce comportement et de l'évaluation qu'il en fait. C'est ce qu'Ajzen et Bishbein appellent les croyances behaviorales (1980). Ces croyances peuvent être issues des comportements antérieurs ou de ce que l'on sait des comportements des autres. Dans la mesure où les résultats sont perçus comme désirables ou non, l'individu aura l'intention ou non de

poser le comportement. La théorie de l'action raisonnée, on le voit, postule un individu rationnel.

Les résultats appréhendés de l'action peuvent être réels ou imaginaires. Leur évaluation peut varier d'une personne à une autre. Ainsi, une personne pourra croire que l'utilisation du préservatif dénote des mœurs licencieuses et conduit à la dévalorisation du partenaire alors qu'une autre pourra plutôt y voir l'indice d'une personne responsable, soucieuse du respect d'autrui.

2-4- La norme subjective

Le deuxième élément que privilégient Ajzen et Fishbein, est la norme subjective. Celle-ci réfère à la perception que l'on a du jugement que portent les autres sur le comportement. Elle représente en quelque sorte la pression sociale qui s'exerce sur l'acteur et prend la forme d'approbation ou désapprobation du comportement. Les jugements que portent les autres ne sont pas forcément unanimes : ce sera évidemment l'avis des personnes importantes pour l'acteur qui auront le plus de poids.

2-5- La 'perception du contrôle'

La théorie du comportement planifié est issue directement de la théorie de l'action raisonnée et en reprend les éléments essentiels. Elle y ajoute toutefois un autre facteur, la perception du contrôle, que l'on peut facilement assimiler au concept de Bandura de l'efficacité personnelle que nous avons décrit plus haut. Selon Desharnais et ses collègues (1986), " le sentiment d'efficacité personnelle est plus important que la croyance en l'efficacité du comportement."

3- Théorie de l'engagement

La théorie de l'engagement s'applique dans le cadre du concept de « soumission librement consentie ». Ce concept s'articule autour de trois notions plutôt antagonistes : le terme soumission renvoie à une disposition particulière d'obéissance, « librement » renvoie à une manière de faire de bon gré et « consentie » souligne l'acceptation.

Au premier abord, il est étrange d'associer ses trois termes dans un concept mais la soumission librement consentie renvoie au fait de provoquer un acte chez un individu sans qu'il ne se sente contraint de le faire ; l'articulation de ces trois notions s'explique alors.

3-1 – Les bases de la psychologie de l'engagement

La théorie de l'engagement est une théorie relativement récente et en expansion.

Dans les années 1940, Kurt Lewin mettait au jour cette stratégie dite « comportementale » consistant à la réalisation d'un acte préparatoire ; il ouvre la voie de la théorie de l'engagement. Il est inutile de demander un comportement complexe à réaliser à un participant. Le contraire est même préconisé : un acte simple peut être tout aussi engageant pour celui qui l'émet qu'un comportement plus coûteux (Harris, 1972).

La première expérimentation date de 1947, Kurt Lewin a testé deux stratégies afin de convaincre les ménagères américaines de changer leurs habitudes de consommation (Joule, Py & Bernard, 2004). Pendant la seconde guerre mondiale, certaines denrées se faisaient rares et il était nécessaire de convaincre les ménagères de remplacer, par exemples les "bon" morceaux de viandes par de plus "modeste" par souci d'économie. Kurt a donc testé deux stratégies différentes : une stratégie basée sur la persuasion et une autre basée sur l'engagement.

La stratégie persuasive consistait à une conférence. Un conférencier vantait les bienfaits et les qualités de ces nouvelles denrées à l'aide d'arguments, mais cette stratégie s'avéra inefficace puisque seulement 3% des ménagères présentes à la conférence achetèrent et cuisinèrent plus tard de "bas" morceaux de viande. En revanche, la condition d'engagement se révéla beaucoup plus efficace. Dans cette condition, la conférence et les arguments déclamés étaient remplacés par un travail de groupe dont l'issue était le vote à main levée de qui servirait de "bas" morceaux de viande, c'est-à-dire que le but de cette stratégie était de faire prendre publiquement une décision. Cet acte de montrer publiquement sa décision de cuisiner une nouvelle denrée a un effet de gel, cette décision va donc engendrer le comportement correspondant à celle-ci. L'intervention de cet acte préparatoire a été très efficace puisque 32% des ménagères achetèrent et cuisinèrent de "bas" morceaux de viande.

L'acte de décision, notamment en public, va avoir un effet de gel qui va conduire les ménagères à se comporter dans le sens de leur décision. La décision est le maillon qui se trouve entre les attitudes et le comportement, elle gèle le système des choix possibles en focalisant l'individu sur le comportement directement relié à sa décision. En fait, les individus suivent l'orientation de leurs décisions et se comportent selon elles.

Dès le début des années 1970 et en s'inspirant des travaux de Kurt Lewin, Charles Kiesler pose la base de la psychologie de l'engagement. Pour lui l'engagement représente le lien existant

entre l'individu et ses actes, il signifie qu'un ensemble de cognitions concernant l'individu (e.g. les attitudes) est affecté par le(s) comportement(s) engageant(s) ultérieur(s) ; il soumet deux hypothèses :

- Seuls nos actes nous engagent
- Un individu peut être engagé à des degrés divers dans ses actes.

Nos attitudes ou motivations ne nous engagent pas, seuls les actes effectifs nous engagent car ils sont visibles et observables de tous et enfin, on peut être engagé à des degrés divers dans un acte, l'engagement dans un acte ne peut être total ou inexistant, les circonstances, donc la situation, amènent un engagement à divers niveaux. Cette théorie met donc l'accent sur le fait que les individus ne peuvent pas être engagés par leurs idées mais plutôt par leurs actes.

3-2- Taille de l'acte

Selon Beauvois et Joule (1998) " l'engagement correspond, dans une situation donnée, aux conditions dans lesquelles la réalisation d'un acte ne peut être imputable qu'à celui qui la réalise." Toujours selon eux, il est possible de manipuler l'engagement d'un acte, ceux-ci sont regroupés en deux grandes catégories : la visibilité / importance de l'acte et les raisons de l'acte.

Visibilité / importance de l'acte :

- **Caractère public** : un acte est d'autant plus engageant qu'il est public car il est visible aux yeux de la société ;
- **Caractère irrévocable** : un acte est d'autant plus engageant qu'il est irrévocable, on se sentira plus engagé si l'on sait que l'on ne peut revenir sur notre décision ;
- **Caractère explicite** : un acte est d'autant plus engageant s'il est explicite c'est-à-dire s'il est plus clair et sans ambiguïté ;
- **Répétition de l'acte** : un acte est d'autant plus engageant s'il est répété plusieurs fois que s'il n'est effectué qu'une seule fois ;
- **Conséquences** : un acte est d'autant plus engageant s'il produit d'importantes conséquences ;
- **Coût** : un acte est d'autant plus engageant s'il demande à l'individu un coût important c'est-à-dire une dépense temporelle, énergétique, cognitive ou financière.

Un acte est donc engageant s'il est socialement visible et imputable à celui qui le réalise. Ces quatre facteurs participent à la production d'engageant dans un acte.

Raisons de l'acte :

- Les raisons d'ordre externes désengagent car elles distendent le lien existant entre individu et son acte. Par exemple, une récompense promise pour un comportement attendu distend le lien entre l'individu et son comportement car c'est une raison externe qui a poussé l'individu à effectuer un acte ;
- Les raisons d'ordre interne engagent car elles resserrent le lien existant entre l'individu et son acte ;
- Le contexte de liberté : les théoriciens de l'engagement pensent que ce facteur est le facteur principal de l'engagement. "cinquante années de recherche ont montré que le contexte de liberté est un puissant facteur d'engagement des gens dans leurs actes, certainement le facteur d'engagement le plus puissant. D'ailleurs, la plupart des théoriciens font du libre choix une condition nécessaire à l'engagement, qu'il soit énoncé sous une forme explicite ou, plus subtilement, sous une forme implicite. (Joule & Beauvois, 1998).

Pour obtenir de l'engagement de la part d'un individu, il faut que son acte soit irrévocable et explicite, il faut mettre en relief les conséquences de son acte, choisir un acte de coût élevé, rendre l'acte le plus visible et le répéter (six facteurs). Il faut également éviter toute justification d'ordre externe (ni punition ni récompense) et enfin, avancer des explications internes mais si elle ne le fait pas d'elle-même, il est possible de lui en signifier afin qu'elle soit encore plus engagée dans son acte. Enfin, il faut que la personne soit absolument déclarée libre de son choix, c'est le facteur le plus important.

Section 2 : Débat autour de la communication engageante et du comportement engageant

1. Modèles de la persuasion et théorie de l'engagement

Le concept de la communication engageante au cœur de plusieurs travaux de recherches fait l'objet de débat de la part des chercheurs. Il ressort que les modèles de la persuasion et la théorie de l'engagement sont deux champs théoriques traditionnellement disjoints. Nous avons vu que les études dans le champ de la persuasion portaient d'abord sur les changements d'attitudes afin d'atteindre les changements comportementaux. En revanche, pour la théorie de l'engagement, il s'agit de passer l'aspect comportemental au premier plan, avant les attitudes. Le paradigme de la communication engageante (Joule, Girandola et Bernard, 2007)

constitue un pont conceptuel entre les différentes théories de la persuasion (Bromberg et Trognon, 2006 ; Girandola, 2003) et celle de la théorie de l'engagement (Joule et Beauvois, 1998, 2002). La question à se poser est : « *quels sont les actes préparatoires engageants ou soubassements comportementaux qui influent sur la sélection de l'information ou sur la persuasion ?* » (Girandola & Michelik, 2008). Selon Girandola et Joule (accepté), la communication engageante a un double intérêt : d'abord théorique, car elle permet la prise en compte des variables à la fois comportementales et attitudeles ; et un intérêt pratique, par l'optimisation de certaines actions préventives visant le changement de comportement. Ces auteurs émettent l'hypothèse que « *la réalisation d'un acte préparatoire consistant avec un message persuasif subséquent facilite le changement d'attitude et le changement comportemental dans le sens de l'argumentation développée* ». Dès lors, la communication engageante serait à la fois une métathéorie et également une méthodologie susceptible de produire du changement attitude et comportementale.

Dans ce paradigme, on étudie les effets cognitifs et/ou comportementaux d'un message présenté après la réalisation d'un comportement engageant ou un soubassement comportemental adéquat. Ce dernier peut passer par la réalisation d'actes préparatoires dans un contexte permettant à l'individu de tisser un lien entre ce qu'il fait et ce qu'il est et, finalement, entre ce qu'il est et la cause à défendre ou à promouvoir. Cet engagement doit donc se faire dans des conditions telles que nous ne puissions expliquer la réalisation de cet acte que par des facteurs internes (*e.g., nos goûts, nos convictions, nos attitudes personnelles*) à l'exclusion de tous facteurs externes (*e.g., pressions situationnelles, promesses de récompense ou menaces de punition*) et l'acte préparatoire doit s'avérer consistant avec les arguments ou les informations véhiculés par le message persuasif (Girandola & Joule, 2006).

Le principe de ce nouveau paradigme est le suivant :

- conduire l'individu à poser un acte engageant (dans un contexte de liberté) ;
- puis, exposer cet individu à une argumentation persuasive allant dans le même sens que l'acte précédemment réalisé (principe de consistance). Ainsi, ce qui est dit va pouvoir faire écho avec ce que la personne a pu préalablement faire (signer une pétition, aider une personne à traverser la rue, coller un autocollant pour la protection de l'environnement.). La communication engageante est donc représentée par un rapprochement entre deux types de travaux traditionnellement disjoints dans la littérature en psychologie sociale (Girandola, 2005 ; Joule, Girandola & Bernard, 2007 ; Joule, Bernard & Halimi-Falkowicz, 2008) : celui concernant l'engagement par les actes (cf. Kiesler, 1971, Joule & Beauvois, 1998) et celui concernant la persuasion (e. g. Girandola, 2003 ; Chabrol & Radu, 2008). Joule et Girandola (2004) suggèrent

qu'un message persuasif a plus de chance de déboucher sur les effets escomptés s'il a été précédé par un ou des actes préparatoires engageants consistants avec lui. Le pied-dans-la-porte, par exemple, nous montre que l'on a plus de chance d'être entendu lorsque les arguments que l'on avance ou les informations que l'on donne ont été précédés par l'obtention d'un comportement préparatoire consistant avec les arguments ou les informations véhiculés par le message persuasif.

2. De la communication persuasive à la communication engageante

La communication engageante ne se résume plus à " *Qui dit quoi, à qui, dans quel canal et avec quel effet ?* " (Laswell, 1948, p.37) mais plutôt : " *Qui dit quoi, à qui, dans quel canal, en lui faisant faire quoi, et avec quel effet comportemental ?* " (Joule, Girandola & Bernard, 2007). La question pourrait être reformulée ainsi : « *quels sont les actes préparatoires engageants ou soubassements comportementaux qui influent sur la sélection de l'information ou sur la persuasion ?* » (Girandola & Michelik, 2008). La prise en compte de cette dernière question, qui en conférant à la cible un statut d'acteur et pas seulement de récepteur, distingue une démarche de communication engageante d'une démarche de communication « classique » (Bernard & Joule, 2004, 2005 ; Girandola 2003, 2005 ; Joule, Bernard & Halimi-Falkowicz, 2008 ; Girandola & Joule). Le participant est ainsi invité à réaliser un acte préparatoire allant dans le même sens que le message auquel il sera soumis directement après ; l'acte réalisé sera alors susceptible de renforcer l'impact du message qui suit. L'idée principale est qu'un message a plus de chance d'être accepté et donc de produire les effets attendus (changement d'attitude et/ou de comportement) s'il est précédé d'un acte préalable (Michelik, 2011). Cet acte peut être un acte préparatoire (e.g. remplir un questionnaire, cf. la procédure du pied-dans-la-porte : Burger, 1999 ; Freedman & Fraser, 1966 ; Guéguen, 2002 ; Joule & Beauvois, 2002) et/ou un acte d'engagement (e.g. signer une charte, signer un formulaire d'engagement, cf. Roussiau & Girandola, 2002 ; Girandola & Roussiau, 2003 ; Katzev & Wang, 1994).

Il est à noter également que l'utilisation du terme persuasion est généralement limitée à la présentation de messages défendant une position différente, la plupart du temps opposée, à celle que les sujets peuvent avoir en privée. Globalement, trois générations de recherches se sont succédé depuis les années 40 (Eagly & Chaiken, 2005). La première génération a été dominée par les modèles de l'apprentissage (Hovland, Janis & Kelly, 1953). Les recherches se donnaient alors pour objectif d'identifier les variables susceptibles de faciliter ou d'entraver la

persuasion. La seconde génération débute avec le modèle des réponses cognitives de Greenwald (1968). Les chercheurs s'intéressent alors à la nature des pensées, ou réponses cognitives, que les sujets génèrent lorsqu'ils anticipent ou lisent un message à visée persuasive. Si les réponses produites sont plutôt favorables, les sujets auront tendance à adopter le point de vue défendu. Si elles sont, au contraire, défavorables, ils auront tendance à résister la persuasion.

Ce modèle des réponses cognitives est à l'origine d'une troisième génération de recherche avec l'apparition des modèles duaux de la persuasion : le modèle de probabilité d'élaboration (Petty & Cacioppo, 1986) et le modèle du traitement heuristique systématique (Chen & Chaiken, 1999).

Le modèle théorique conceptuel de notre recherche se présente comme suit :

Figure2 : Modèle conceptuel de la recherche



Source : l'auteur

**PARTIE II : ETUDE EMPIRIQUE DES DETERMINANTS DE LA
COMMUNICATION ENGAGEANTE POUR LE CHANGEMENT DE
COMPORTEMENT CHEZ LES PVVIH**

Chapitre III : Positionnement épistémologique et choix méthodologique

Pour mieux comprendre les résultats issus de cette recherche, il est nécessaire d'indiquer d'abord des différents paradigmes épistémologiques et le positionnement épistémologique de l'étude. Ensuite, présenter la méthode de recherche qui comprend la présentation des variables, la justification des hypothèses, l'échantillonnage et la méthode d'analyse des données.

Section 1 : Positionnement épistémologique

Dans cette section, il apparaît nécessaire de parler des différents paradigmes épistémologiques utilisés couramment en science de gestion et d'indiquer celui qui est adapté à notre étude

1- Paradigme épistémologique.

Etymologiquement, l'épistémologie est la théorie de la science. Au sens large, elle inclut la théorie de la connaissance tout entière. Pour les philosophes, le terme épistémologique désigne au sens strict « la philosophie des sciences, c'est essentiellement l'étude critique des principes, des hypothèses et les résultats de diverses sciences, destinée déterminer leur origine logique (non psychologique), leur valeur et leur portée objectives » (André Lavande, 1991).

Ainsi, l'épistémologie apparaît comme une condition de validité et de reconnaissance du travail du chercheur. Quant au paradigme épistémologique, il se distingue comme un modèle théorique de pensée qui oriente la recherche et la réflexion scientifique. C'est également une procédure méthodologique qui constitue un modèle de référence. KUHN (1983) propose trois paradigmes épistémologiques : le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme.

Le positivisme développé essentiellement par Auguste Comte a longtemps dominé les sciences à partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle dans le cadre épistémologique. Les chercheurs fixés à la science le but de découvrir les lois qui régissent les rapports stables entre les phénomènes et qui en autorisent leur prédiction ainsi que leur explication. Selon ce paradigme, c'est en formulant et en testant différentes hypothèses, à la recherche de régularités, que le chercheur découvrira cette réalité (D'Amboise, 1996).

Dans le courant, le chercheur ne fait que rendre compte de la réalité, et adopte ainsi des comportements d'objectivité et de neutralité vis-à-vis de l'objet de recherche et utilise des méthodes lui permettant de découvrir la réalité et de la décrire telle qu'elle existe.

Pour le positivisme, les critères précis permettent de distinguer clairement les connaissances scientifiques de celles qui ne sont pas. Les critères sont la vérifiabilité, la confirmabilité et la réfutabilité.

Pour les interprétativistes, les critères de validité sont d'une part le caractère idiographique des recherches et d'autre part la capacité d'empathie que développe le chercheur. Une recherche présente un caractère idiographique si les phénomènes sont étudiés en situation. La compréhension d'un phénomène est alors dérivée du contexte. La connaissance produite doit intégrer une description détaillée du phénomène étudié, incluant ses aspects historiques et contextuels. Pour ce qui est des capacités empathiques du chercheur, il s'agit de sa faculté à se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. Le chercheur, pour développer une compréhension des réalités sociales qu'il observe, doit s'appropriier le langage et les terminologies propres aux acteurs.

Les constructivistes, se refusent à donner un unique critère de validité, certains auteurs proposent cependant les sources de validation de la connaissance : nous avons les critères d'adéquation ou de convenance (GLASSERSFELD, 1988) et le critère d'enseignabilité (LE MOIGNE, 1995). GLASSERSFELD admet qu'une connaissance est valide dès lors qu'elle convient à une situation donnée.

Le critère de la connaissance enseignable s'énonce dans les termes de reproductibilité, intelligibilité. Pour LE MOIGNE, (1995 :85), « le modélisateur ne pourra plus assurer que les connaissances sont démontrées. Il devra montrer qu'elles sont argumentées et donc à la fois constructibles et reproductibles de façon à permettre leur intelligibilité pour son interlocuteur. »

2- Posture épistémologique

Notre recherche se situe dans le paradigme positiviste qui s'inscrit dans la démarche hypothético-déductive visant la vérification des hypothèses déjà formulées car la problématique de notre étude vise à identifier les déterminants de la communication engageante dans les structures sanitaire de prise en charge des PVVIH. L'objectif est de découvrir la réalité avec une réalité déterminée. Selon Albert David (1999) « peut être considérée comme vraie toute proposition qui décrit effectivement la réalité. Le but de la science est de découvrir cette

réalité. Ceci est applicable à tous les sujets sur lesquels l'esprit humain peut s'exercer ». Toutefois, pour décrire cette réalité et la décrire avec précision, il va falloir la décomposer en des plus petites composantes, y attribuer des mesures quantitatives, les dénombrer et analyser les résultats en utilisant les formules mathématiques.

Pour connaître la réalité, il faut donc découvrir les raisons simples par lesquels les faits observés sont reliés aux causes qui les expliquent. Il y a donc une indépendance entre l'objet (la réalité) et le sujet qui l'observe. Les validités de cette posture reposent sur la vérifiabilité (une position a de sens que si elle est en mesure d'être vérifiée empiriquement), la confirmabilité (rejette le caractère universel certain de la vérité, elle repose sur l'idée que l'on ne peut pas dire qu'une proposition est vraie universellement mais seulement qu'elle est probable), et la réfutabilité (on ne peut affirmer qu'une théorie est vraie mais en revanche on peut infirmer qu'une théorie n'est pas vraie).

Section 2 : Choix méthodologique de l'étude

Cette session est consacrée d'abord à la présentation des variables de l'étude et à la justification des hypothèses, ensuite à la présentation du cadre de l'étude, l'échantillonnage et enfin la méthode d'analyse des données.

1-Variables de l'étude et justification des hypothèses.

1-1 . Variables explicatives de la communication engageante

Deux corps de variables explicatives sont retenus dans cette étude. Il s'agit des variables relatives à la visibilité de l'acte d'engagement (le caractère public, le caractère explicite, le caractère de l'irrévocabilité, le caractère répétitif, le coût et la conséquence de l'acte d'engagement) et celles relatives aux raisons de l'acte d'engagement (la promesse de récompense, le menace de punition, la déclaration de la liberté et le respect de la confidentialité) adoptées par les prestataires avec les PVVIH dans les structures sanitaires. L'ensemble des deux concepts forment le concept de la communication engageante qui, encore appelée « communication –action », agit à la fois au niveau au niveau cognitif (attitudes) et à un niveau comportemental. De plus, ses effets dépendent de la nature de l'acte préparatoire engageant. Aussi, aura-t-elle également pour effet, chez le récepteur, d'ajuster ses attitudes avec ses actes et de réaliser un nouveau comportement en accord avec ses actes. Ces effets s'expliquent en

termes de dissonance cognitive et de rationalisation (Girandola, 2003). Le choix de la communication engageante dans cette étude est dû au fait que les problèmes qui se posent à la communication dans le domaine de la santé sont nombreux et importants. Le premier est sans doute l'objectif que visent les travailleurs de la santé de presque toujours vouloir changer les comportements. Le personnel médical, paramédical et communautaires chargés de suivre les PVVIH sont souvent confrontés aux actes problématiques dans la prise en charge des PVVIH.

Nous nous proposons d'identifier les déterminants de la communication engageante en vue d'amener les PVVIH à changer de comportement pour une amélioration de leur qualité de vie et adopter des comportements engageants.

1-2. Variable expliquée : comportement engageant.

La variable expliquée sur laquelle se base l'explication de communication engageante dans cette étude est de favoriser l'adoption de comportements engageants qui permettent d'éviter la contamination et/ou surinfection au VIH. Ainsi de promouvoir l'utilisation du préservatif, la prise régulière des médicaments ARV, le respect des rendez-vous cliniques et biologiques, la pratique de la prévention positive, le respect des circuits de soins et soutiens, la participation aux causeries éducatives chez les PVVIH.

Dans notre travail de recherche, nous souhaitons répondre à notre question principale à savoir « quels sont les facteurs déterminants de la communication engageante pour l'adoption de comportements engageant chez les PVVIH ? » pour les besoins de notre recherche nous attendons par « comportement engageant », tout acte comportemental à visée éthique. Ainsi, pour mener à bien notre travail, nous formulons les hypothèses ci-après qui vont être affirmées ou infirmées à la fin de notre travail de recherche.

H1 : La visibilité de l'acte d'engagement influence positivement les comportements engageants chez les PVVIH.

H 2 : Les raisons de l'acte d'engagement impactent positivement les comportements engageants chez les PVVIH

1- Présentation du cadre d'étude

Le domaine d'activité retenu pour cette recherche est la santé, dans le district sanitaire de Treichville/Marcory précisément sur sanitaire de Marcory. Il a été créé le 30 avril 2012, limité

au Nord-Est par les districts de Cocody- Bingerville et Attécoubé et au Sud – Est par le district de Koumassi/Port-Bouet/Vridi. Sa population au dernier recensement selon l'institut national de statistique (INS, 2014). Les établissements sanitaires dont l'hôpital général de Marcory(HGM), La formation sanitaire urbaine communautaire d'Anoumanbo (FSUCOM), le centre de santé urbain communautaire d'Aliodan (CSUCOM) et la clinique Espace Confiance ont été retenues dans le cadre de cette étude. Les structures sanitaires retenues pour l'étude sont des structures de prise en charge PVVIH, en ce jour, nous enregistrons 13170 PVVIH enrôlés dont 2120 sont perdus de vue (PDV). Le dernier trimestre 2016, 1210 nouvelles infections au VIH enregistrés. Cela montre une fois de plus l'ampleur de la pandémie du sida dans la communauté. Alors qu'un seul cas de VIH confirmé est un problème de santé publique également un problème de développement. Docteur Sarassoro GNALY Angèle en est le directeur départemental de la santé et Monsieur ABY Raoul le premier magistrat de la commune de ladite commune.

2- Echantillonnage, collecte des données et méthode d'analyse des données

Dans cette rubrique, nous expliquerons successivement notre méthode de collecte des données et notre méthode d'analyse de données recueillies.

3-1. Méthode d'échantillonnage.

Vue que le personnel de santé engagé ou encore impliqué dans la prise en charge des PVVIH est en nombre limité du fait du caractère particulier du traitement des PVVIH, pour cela, nous avons opté pour une méthode d'échantillonnage non probabiliste, précisément l'échantillonnage par convenance. L'usage du questionnaire est retenu comme outil de collecte. Il s'est agi alors pour nous d'administrer notre questionnaire auprès des prestataires du district sanitaire de Marcory impliqués dans la prise en charge des PVVIH (médecin, infirmier, sage-femme, travailleur social, agent de santé communautaire) ayant accepté de donner des réponses en remplissant le questionnaire. C'est ce corps de prestataires qui constitue notre population cible. Le choix du district sanitaire de Marcory se justifie par le nombre important de PVVIH fréquentant les structures de prise en charge, les problèmes de rétention dans les soins et traitement sont également récurrents sur les sites de prise en charge. Les prestataires sont de plus en plus confrontés, au non-respect ou non application des comportements engageants négociés avec les PVVIH lors de la mise sous traitement ARV de ces derniers en vue de

l'amélioration de leur qualité de vie. En effet, la répartition de cette distribution se présente comme suit :

Tableau 1 : Distribution des prestataires impliqués dans la prise en charge des PVVIH dans le district sanitaire de Marcory

PRESTATAIRES ENGAGES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH	EFFECTIF
Hôpital général de Marcory	28
Formation sanitaire urbaine communautaire d'Anoumambo	11
Centre de santé urbain communautaire d'Aliodan	18
Clinique espace confiance	30
TOTAL	87

Source : structures de santé du district sanitaire de Marcory

3-2. Méthode de collecte de données.

Le questionnaire est notre instrument de collecte des données. Pour nous assurer de la pertinence de nos items, nous avons d'abord effectué un pré-test auprès de certains prestataires de quatre (04) structures sanitaires retenues pour l'étude. Cela nous a permis d'apporter les précisions au niveau de certaines questions. Ainsi, nous avons produit 87 questionnaires à raison de 28 questionnaires à l'hôpital général de Marcory, 11 questionnaires à la formation sanitaire d'Anoumabo, 18 questionnaires au centre de santé Urbain communautaire d'Aliodan et 30 questionnaires à la clinique espace confiance.

L'enquête s'est déroulée du Lundi 14 au Vendredi 25 Novembre 2016 (jours ouvrables). L'enquête a débuté à l'hôpital général de Marjorie (HGM) où 18 prestataires impliqués dans la prise en charge des PVVIH sur 28 ont accepté de renseigner nos questionnaires pendant trois jours, à la formation sanitaire urbaine communautaire d'Anoumabo, 7 prestataires impliqués dans la prise en charge des PVVIH sur 11 ont accepté de renseigner nos questionnaires pendant deux jours, au centre de santé urbain communautaire d'Aliodan, 09 prestataires impliqués dans la prise en charge de PVVIH sur 18 ont accepté de renseigner nos questionnaires pendant deux jours et à la clinique Espace Confiance, 20 prestataires impliqués dans la prise des PVVIH sur 30 ont accepté de renseigner nos questionnaires pendant trois jours. Soit un taux global de retour d'environ 63 %.

Le traitement et l'analyse des données sont faits à l'aide des logiciels Epi Data et SPSS qui sont des outils statistiques habituellement utilisés dans les sciences de gestion.

3-3. Méthode d'analyse des données

La méthode d'analyse de données utilisée dans le cadre de ce type d'étude est une série de quatre analyses : l'analyse descriptive qui est utilisée pour appréhender les tendances centrales et de position des variables ; puis l'analyse bidimensionnelle pour mesurer la corrélation entre les variables deux à deux ; l'analyse multidimensionnelle pour étudier les relations multiples entre les variables en vue d'identifier les facteurs latents explicatifs du phénomène étudié ; et finalement l'analyse économétrique pour étudier l'effet des variables explicatives sur la variable expliquée.

Chapitre IV : Analyse et discussion des résultats de l'étude

Ce chapitre présente dans sa première section les résultats issus de l'analyse pratique de l'étude des déterminants de la communication des engagements pour le comportement chez les PVVIH enrôlées dans les soins dans le district sanitaire de Marcory. Ensuite, nous allons procéder à la confrontation de nos résultats aux différents travaux effectués dans ce contexte, dans la deuxième section, après avoir confirmé ou infirmé les hypothèses énoncées au regard des résultats obtenus.

Section 1 : Analyse des résultats de l'étude

Cette section est consacrée aux différents types d'analyses faites lors de notre recherche. Il s'agit entre autres de l'analyse unidimensionnelle, l'analyse bidimensionnelle, l'analyse factorielle et l'analyse économétrique.

1. Analyse unidimensionnelle

L'analyse unidimensionnelle consiste à faire ressortir les statistiques descriptives de chaque variable de l'étude.

1.1.Profil des répondants

Les résultats sont synthétisés dans le tableau ci-après.

Tableau 2 : Statistiques descriptives du profil des répondants

VARIABLES	EFFECTIFS	POURCENTAGES (%)
Sexe		

Homme	27	49,1		
Femme	28	50,9		
Age				
18 ans à 35 ans	28	50,9		
36 ans à 50 ans	24	43,6		
51 ans et plus	3	5,5		
Activité				
Médecin	10	18,2		
Infirmier(e)	9	16,4		
Sage-femme	7	12,7		
Travailleur social	17	30,9		
Agent de santé communautaire	12	21,8		
	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Ancienneté	4,92	4,207	1	17

Source : nos calculs sous spss

Les résultats des analyses révèlent que sur les 55 répondants, environ 50 % sont des hommes. C'est dire que cette population des prestataires impliqués dans la prise en charge des PVVIH comprend des individus fortement représentatifs des deux sexes.

Plus de 50 % des répondants ont des âges compris entre 18 et 35 ans. Environ 43 % sont âgés de 36 à 50 ans. Autrement dit plus de la moitié de la population est jeune.

En outre, 10 répondants soit 18,2 % sont des médecins, 9 (soit 16,4 %) sont des infirmiers, 7 (soit 12,7 %) sont des sages-femmes et 12 (soit 21,8 %) sont des agents de santé communautaire. Dans l'échantillon sélectionné, les agents de santé communautaire sont les plus représentatifs, par opposition aux sages-femmes qui représentent la minorité.

A propos du nombre d'années d'expériences professionnelles dans la prise en charge des PVVIH, nous remarquons que les répondants ont passé en moyenne 5 ans à prendre en charge les PVVIH. De plus le répondant qui a plus d'expériences dans ce domaine tourne autour de 17 ans.

1.2. Variables explicatives

Ces variables sont relatives à la visibilité de l'acte d'engagement et aux raisons de l'acte d'engagement.

- **Visibilité de l'acte**

Tableau 3 : Statistiques de la distribution de la visibilité de l'acte d'engagement

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Caractère public de l'acte	3,25	1,669	1	5
Caractère explicite de l'acte	4,22	0,937	1	5
Caractère irrévocable de l'acte	3,69	0,960	1	5
Répétition de l'acte	3,95	1,008	1	5
Coût de l'acte	3,56	1,050	1	5
Conséquence de l'acte	3,89	0,809	2	5
Visibilité de l'acte (ensemble des items)	3,76	0,559	2,17	4,83

Source : nos calculs sous spss

Les résultats de l'analyse descriptive montrent que tous les items relatifs à la visibilité de l'acte d'engagement ont des moyennes satisfaisantes. En effet, la moyenne de chaque item est supérieure au score moyen de 3 représentant le milieu de l'échelle de Likert à cinq pas utilisé. La plus grande valeur est attribuée au caractère explicite de l'acte. Ceci indique qu'expliquer clairement au PVVIH la conduite à tenir influencerait fortement le comportement de ce dernier plus que les autres aspects de la visibilité de l'acte d'engagement. Par contre le caractère public de l'acte à la moyenne la plus basse, c'est-à-dire échanger publiquement avec les PVVIH sur leur conduite influencerait moins le comportement de ces PVVIH que les autres items de la visibilité de l'acte.

En moyenne, la visibilité de l'acte lorsqu'elle intègre tous ses aspects énumérés est d'unanimité favorable avec une valeur de 3,76. Ainsi, la visibilité de l'acte d'engagement constituerait un outil important pour influencer le comportement des PVVIH.

- **Les raisons de l'acte d'engagement**

Tableau 4 : Statistiques de la distribution des raisons de l'acte d'engagement

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Promesse de récompense	4,11	0,936	1	5
Menace de punition	2,60	1,241	1	5
Liberté dans la conduite	3,25	1,142	1	5
Confidentialité de l'information	4,35	1,109	1	5
Raisons de l'acte (ensemble des items)	3,577	0,620	2	5

Source : Nos calculs sur spss

Les résultats de cette analyse permettent de faire des interprétations suivantes :

Les items relatifs à la promesse de récompense, à la liberté dans la conduite à tenir et la confidentialité de l'information ont obtenu des moyennes supérieures au score moyen de 3 ; avec une moyenne plus élevée pour la confidentialité de l'acte (4,35). Cela implique que préserver l'information détenue de la part d'un PVVIH peut fortement influencer son comportement. En revanche, l'item relatif à la menace de punition suite à un acte posé de la part du PVVIH n'a pas reçu en moyenne d'avis favorable auprès de l'échantillon d'étude, avec une moyenne de 2,6.

Néanmoins, les raisons de l'acte d'engagement retenues pour cette étude ont été en moyenne favorables pour plus de la moitié des prestataires de santé interrogés. En effet, la moyenne obtenue de 3,577 dépasse le score moyen de 3.

1.3.Variable expliquée

Il s'agit du comportement d'acte d'engagement.

Tableau 5 : Statistiques de la distribution du comportement d'engagement

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Prise régulière des médicaments ARV	3,42	0,896	1	5
Respect des rendez-vous cliniques et biologiques	3,09	0,928	1	5
Port de préservatif	3,27	0,679	1	5
Participation aux causeries éducatives	3,38	0,913	1	5
Respect des circuits de soins et soutiens	3,76	0,942	1	5
Comportement (ensemble des items)	3,385	0,652	2	5

Source : nos calculs sous spss

Les résultats de cette analyse permettent de dire que tous les items relatifs au comportement engageant ont des moyennes satisfaisantes car toutes supérieures au score moyen de 3. L'item relatif au respect des circuits de soins et soutiens a plus d'avis favorable que les autres items ; contrairement à l'item relatif au respect des rendez-vous cliniques et biologiques qui a une moyenne plus faible de 3,09.

Dans l'ensemble, le comportement engageant est en moyenne observé auprès des PVVIH pris en charge par les prestataires de santé.

Toute somme, les résultats montrent selon les prestataires que le comportement de l'acte d'engagement de la part des PVVIH est favorable pour plus de 50 % des prestataires de santé interrogés.

Dans la suite de l'étude, il sera question d'analyser les différentes relations qui peuvent exister entre les items des deux variables explicatives et la variable expliquée de l'étude. Et, puisque tous les items sont catégoriels, nous avons transformé la variable comportement en variable dichotomique pour pouvoir faire le test de Khi-deux. Ce test servira à analyser la significativité de chaque relation.

2. Analyse bidimensionnelle

Cette analyse permet de mettre en liaison la variable expliquée et les items des variables explicatives.

Nous avons obtenu la variable comportement engageant par le calcul des moyennes des items composant cette variable. Celle-ci a été recodée comme suit :

« 1 », pour les valeurs inférieures à 3, correspond à « Pas d'accord ».

« 2 », pour les valeurs supérieures ou égales à 3, correspond à « D'accord ».

L'hypothèse nulle est que les deux variables ne soient pas associées, qu'il n'y ait pas de relation entre ces dernières ($r = 0$) ; l'hypothèse alternative est qu'il existe une relation linéaire entre les deux variables.

Pour être interprété, le coefficient de corrélation doit être significatif (la valeur de p doit être plus petite que le seuil de 0,05). Si le coefficient est non significatif, on considère qu'il est semblable à $r = 0$.

Parmi les six items de la visibilité de l'acte d'engagement, deux items sont significativement corrélés au comportement engageant (voir annexe 2, test de Khi-deux).

En effet, l'item caractère répétitif de l'acte est positivement corrélé au comportement engageant des PVVIH dans les structures sanitaires (p -value = 0,038). De même, le coût de l'acte d'engagement est positivement corrélée au comportement engagement des PVVIH (p -value = 0,046). (Voir annexe 2, test de Khi-deux)

Pour ce qui concerne les raisons de l'acte d'engagement, le comportement d'engagement des PVVIH est significativement corrélé à la promesse de récompense (p -value = 0,001), à la liberté de conduite des PVVIH (p -value = 0,034), et à la confidentialité de l'information (p -value = 0,031). Par contre, il n'est pas corrélé à la menace de punition (p -value = 0,943).

3. Analyse factorielle

3.1.Statistique de fiabilité

Pour tester la qualité de la cohérence inter items, nous avons calculé le coefficient d'alpha de cronbach. Certains auteurs recommandent 0,6 comme le seuil minimum, même si la balise de 0,7(Nunnaly, 1978) est arbitrairement acceptée par la communauté scientifique. En effet, selon Evrard, Pras et *al.* (2003), le niveau que doit atteindre l'alpha se situe entre 0,5 et 0,6 pour une recherche exploratoire. Les résultats des calculs sont regroupés dans le tableau ci-après :

Tableau 6 : Statistique de fiabilité

Variables	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
Visibilité	0,515	6
Raisons	0,459	4
Comportement	0,797	5

Source : nos traitements sous spss

Ces résultats montrent une bonne cohérence interne entre les items du comportement engageant (0,797), et entre les items de la visibilité de l'acte (0,515). En revanche, la valeur de l'alpha de cronbach des Raisons de l'acte est inférieure au seuil de 0,5. Ainsi, pour ce cas, nous pouvons conclure une faible cohérence interne entre les items formant les raisons de l'acte.

3.2. Analyse factorielle

Cette étape va consister à mettre en évidence les multiples relations entre les variables. Nous avons opté pour une approche exploratoire, et avons fait une analyse en Composantes Principales (ACP). L'objectif de cette analyse est de pouvoir réduire la dimensionnalité des facteurs en quelques facteurs clés pouvant décrire le phénomène que nous sommes en train d'étudier.

Les résultats de cette analyse pour les items qui vont composer la variable explicative visibilité se présentent comme suit :

Tableau 7 : Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,633
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	62,990
	Ddl	15
	Signification de Bartlett	0,000

Source : nos calculs sous spss

L'indice de KMO donne une valeur de 0,633. Ceci indique une bonne cohérence des items autour des facteurs. De plus, le test de sphéricité de Bartlett donne une probabilité nulle inférieure au seuil de significativité de 5 %. Ce qui confirme la bonne qualité de corrélation interne entre les différentes variables. Les données sont donc factorisables.

Tableau 8 : Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	2,368	39,468	39,468	2,368	39,468	39,468
2	1,184	19,740	59,208			
3	1,018	16,962	76,170			
4	,573	9,547	85,717			
5	,499	8,324	94,041			
6	,358	5,959	100,000			

Source : nos calculs sous spss

Nous avons limité le nombre de facteurs à extraire à 1. Ce facteur est significatif au sens de Kaiser car il a une valeur propre supérieure à 1. Ce facteur explique la variance totale à hauteur de 39,47 % avec une valeur propre de 2,368.

Tableau 9 : Matrice des composantes

	Composante
	Visibilité de l'acte
Coût de l'acte	0,787
Caractère explicite de l'acte	0,765
Caractère irrévocable de l'acte	0,691
Répétition de l'acte	0,604
Conséquence de l'acte	
Caractère public de l'acte	
Alpha de cronbach est égal à 0,706	

Source : nos traitements sous spss

Les items ayant contribué fortement à la constitution de cette composante sont au nombre de quatre. Ils sont relatifs au coût, au caractère explicite, au caractère irrévocable et au caractère répétitif de l'acte d'engagement. Ces items forment la visibilité de l'acte d'engagement.

Les résultats de l'analyse pour les items qui vont composer la variable explicative raisons de l'engagement sont synthétisés dans l'annexe 3.

L'indice de KMO donne une valeur de 0,555. Ceci indique une bonne cohérence des items autour des facteurs. De plus, le test de sphéricité de Bartlett donne une probabilité nulle

inférieure au seuil de significativité de 5 %. Ce qui confirme la bonne qualité de corrélation interne entre les différentes variables. Les données sont donc factorisables.

Nous avons limité le nombre de facteurs à extraire à 1. Ce facteur est significatif au sens de Kaiser car il a une valeur propre supérieure à 1. Ce facteur explique la variance totale à hauteur de 37,33 % avec une valeur propre de 1,3493.

Ce facteur regroupe des items qui contribuent fortement à sa formation, tels que la liberté de conduite, la menace de punition et la promesse de récompense (Alpha de cronbach pour les trois items est égal à 0,666). Ainsi, nous pouvons nommer ce facteur Raisons de l'acte d'engagement.

Les résultats de l'analyse en composantes principales pour le comportement sont aussi reportés à l'annexe 3.

Les résultats nous a permis de constater dans le tableau de la variance totale expliquée qu'une seule composante sur les cinq est significative au sens de Kaiser avec une valeur propre initiale de 2,784. Elle explique 55,7 % de la variance totale expliquée. Elle est construite par les items relatifs au respect des rendez-vous cliniques et biologiques, à la prise régulière des médicaments ARV, à la participation aux causeries éducatives, au respect des circuits de soins et soutiens et au port de préservatif. Ces différents items forment ce qu'on peut appeler le comportement engageant. En effet, le PVVIH qui se conforme à tous ces items peut être qualifié d'un individu adoptant un comportement d'engagement.

4. Analyse économétrique

Cette analyse consiste à prédire la probabilité que les PVVIH adoptent un comportement engageant ou non par les variables explicatives. Etant donné que la variable expliquée a été recodée en variable dichotomique, alors, l'analyse économétrique appropriée est l'analyse par la régression logistique binaire. En effet, la régression logistique propose de tester un modèle de régression dont la variable expliquée est dichotomique et dont les variables explicatives peuvent être continues ou catégorielles.

Ce résultat varie toujours entre 0 et 1. Lorsque la valeur prédite est supérieure à 0,5, l'événement est susceptible de se produire, alors que lorsque cette valeur est inférieure à 0,5, il ne l'est pas.

La formulation mathématique de ce modèle se présente comme suit :

$$P(Y=1 | X) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 * X_1 + b_2 * X_2)}}$$

Où p est défini sur]0 ; 1[

Y : Comportement engageant

X₁: Visibilité de l'acte

X₂: Raisons de l'acte

b_i : Coefficients à estimer

Les nouvelles variables retenues sont celles obtenues après l'ACP.

Les résultats de la régression se présentent comme suit (voir annexe 4, régression logistique) :

Le test de spécification du modèle par le test de Khi-deux donne une probabilité de 0,011 supérieure au seuil de significativité de 5 %. Ainsi, nous pouvons conclure que le modèle est bien spécifié, donc globalement significatif. Ceci est aussi confirmé par le test de Hosmer – Lemeshow qui montre une probabilité de 0,944 supérieure au seuil de 5 %.

De plus, le modèle présente des valeurs de R-deux de Cox et Snell et de Nagelkerke qui sont respectivement 15,2 % et 23,4 %. C'est dire, selon ces auteurs que le modèle a un bon pouvoir explicatif.

Tableau 10 : Estimation du modèle

		B	E.S.	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1	Visibilité	1,621	0,859	3,963	1	0,049	5,056
	Raisons	2,678	1,252	4,575	1	0,032	14,553
	Constante	-2,437	1,413	2,974	1	0,085	0,087

Source : Nos résultats sous spss

Ce tableau présente l'analyse des coefficients des variables explicatives. Nous pouvons remarquer que les deux variables Visibilité et Raisons sont statistiquement significatives au seuil d'erreur de 5 %. En effet, la probabilité associée à la statistique de Wald observée pour les deux variables donne des valeurs (0,049 pour la visibilité, 0,032 pour les raisons) inférieures au seuil de significativité de 5 %. Ce qui nous permet de rejeter l'hypothèse de la nullité du coefficient. Ainsi, la visibilité de l'acte d'engagement est une variable qui influence significativement la probabilité qu'un PVVIH adopte un comportement engageant ; de même

les raisons de l'acte influencent significativement la probabilité qu'un PVVIH adopte un comportement engageant.

Quant au sens de la relation, nous avons analysé le coefficient B et $EXP(B)$. Lorsque le coefficient B est supérieur à zéro et $Exp(B)$ supérieur à un, alors la relation est positive ; dans le cas contraire, elle est négative. Dans notre cas, tous les coefficients des deux variables sont positifs et leurs exp sont supérieurs à l'unité un ; alors il existe une relation significative positive entre les deux variables prise individuellement et le comportement engageant des PVVIH. Ainsi, plus la visibilité à travers le caractère explicite, le caractère répétitif, le caractère irrévocable et le coût de l'acte est maîtrisée par les prestataires de santé en charge des PVVIH, plus il est probable que ces PVVIH adoptent des comportements engageants. De même, plus les raisons de l'acte d'engagement à travers la promesse de récompense, la liberté de conduite et la menace de punition sont pratiquées par les prestataires de santé en charge des PVVIH, plus il est probable que ces PVVIH adoptent des comportements engageants. L'effet marginal d'une variation d'une unité des raisons de l'acte (coefficient =2,678) sur la probabilité d'adoption de comportement engageant est plus fort que celui de la visibilité de l'acte (coefficient 1,621) sur la probabilité d'adoption de comportement engageant.

Section 2 : Discussion et limite de l'étude

Dans le but d'identifier les déterminants de la communication, un principe du marketing social dans le secteur sanitaire, qui interagissent sur le changement de comportement d'engagement des PVVIH dans le district de Marcory, nous avons réalisé une étude qualitative. Nous avons identifié après l'analyse en composantes principales deux types de communication engageante. La communication axée sur la visibilité de l'acte d'engagement des PVVIH qui regroupe quatre variables telles le caractère irrévocable de l'acte, le caractère répétitif de l'acte, le caractère explicite de l'acte, le coût de l'acte. Ensuite, la communication axée sur les raisons de l'acte d'engagement regroupant trois variables à savoir la promesse de récompense, la menace de punition et la liberté dans la conduite à tenir.

1. Discussion relative à la relation entre la visibilité de l'acte d'engagement et le comportement engageant.

Les différentes analyses descriptives réalisées montrent que tous les items de la visibilité de l'acte d'engagement sont satisfaisants car la proportion des prestataires qui ont d'unanimité répondu favorable à chaque item dépasse 50 %.

Par ailleurs, l'analyse de l'impact significatif de la variable visibilité de l'acte (regroupant le caractère explicatif, le caractère répétitif, le caractère irrévocable et le coût de l'acte) retenue après l'ACP sur le phénomène à expliquer, notamment, le comportement engageant, nous a permis de voir que celle-ci est statistiquement significative au seuil de 5 %. Dans ce cas l'hypothèse 1 stipulant que la visibilité de l'acte d'engagement influence positivement les comportements engageants chez les PVVIH, est vérifiée.

La visibilité de l'acte a un effet marginal positif sur le comportement engageant. De plus, le test de corrélation entre les items de la visibilité retenue et le comportement engageant avaient montré que la corrélation est significative avec le caractère répétitif de l'acte et le coût de l'acte. Cela montre que si les prestataires aident les PVVIH à répéter un acte, sans qu'ils ne s'en rendent compte, ils seront influencés dans leur manière de se comporter. De même, lorsqu'un acte demande aux PVVIH un coût important en termes de temps, d'argent, d'énergie, etc. ils préfèrent s'engager.

Les résultats de certains auteurs sont conformes à nos résultats. En effet, les résultats de Burger (1999) mettent en évidence le fait qu'un comportement n'est engageant que si le sujet a un certain coût subjectif. Si le caractère explicite et irrévocable (Marchioli, 2006) de l'acte est remis en question par le sujet, l'auto - attribution de l'acte devient improbable et l'on rate alors le comportement engageant.

Pour leur part, Joule et Beauvois (1998) prétendent que pour obtenir l'engagement de la part d'un individu, il faut que son acte soit irrévocable et explicite, il faut mettre en relief les conséquences de son acte, choisir un acte de coût élevé, rendre l'acte le plus visible possible et le répéter. Si tous ces facteurs sont bien maîtrisés, l'individu peut adopter un meilleur comportement.

Un meilleur comportement suppose un comportement engageant tel que prescrit par les prestataires en charge des PVVIH, à savoir une prise régulière des médicaments ARV, l'adoption des comportements sexuels à moindre risque, le respect des rendez- vous clinique et biologique, la participation aux causeries éducatifs et le respect du circuit de soins et soutien. Les prestataires doivent sans négliger les autres items retenus, et pour une bonne visibilité, se

focaliser sur le caractère répétitif de l'acte et le coût de l'acte. Donc il revient aux prestataires de santé en charge des PVVIH d'intégrer ces pratiques telles que prônées par la théorie de l'engagement dans leur prise en charge.

2. Discussion relative aux raisons de l'acte d'engagement

De même qu'avec la visibilité de l'acte, les résultats des analyses descriptives montrent que les différentes raisons sont toutes satisfaisantes sauf celle relative à la menace de punition.

A l'issue des analyses en composantes multiples et économétrique, nous avons remarqué que les raisons de l'acte retenues (regroupant la liberté de conduite, la promesse de récompense et la menace de punition) ont significativement et positivement impacté le comportement engageant. Ainsi, l'hypothèse 2 stipulant que les raisons de l'acte d'engagement influencent positivement le comportement engageant se trouve vérifiée.

De plus, le test de corrélation entre les items des raisons retenues après l'ACP et le comportement engageant avaient montré que la corrélation est significative avec la promesse de récompense et la liberté de conduite.

Contrairement à nos résultats sur la promesse de récompense, ceux de Joule et Beauvois (1998) révèlent que la promesse de récompense ainsi que la menace de punition font partie des raisons d'ordre externes qui désengagent. En effet, ils prétendent que ces raisons créent plutôt une distance entre le lien qui relie l'individu et son acte, car c'est elles qui poussent l'individu à effectuer un acte. Même en 1987, ces auteurs avaient montré que, dans une situation où il y a peu d'obligation et peu de récompense, on ne peut trouver les raisons de notre acte qu'en étant en accord avec le comportement émis, et de ce fait le sujet se trouve engagé. En ce sens, pour Burger (1999), un comportement n'est engageant que si le sujet n'est pas directement associé à une compensation financière.

Par ailleurs, la liberté de conduite confirme les recherches de ces deux auteurs et d'autres théoriciens de la théorie de l'engagement qui pensent que ce principe est un facteur puissant d'engagement des individus.

En effet, le libre choix constitue pour de nombreux théoriciens l'un des facteurs d'engagement les plus importants (pour Kiesler par exemple, selon Beauvois & Joule, 1981, p. 141). Dans ce cas, le sujet que l'on cherche à engager doit impérativement avoir le sentiment d'être libre de réaliser ou non l'acte que l'on attend de lui. En effet, qu'il soit énoncé sous une forme explicite

ou implicite, le libre choix permet au sujet de se reconnaître dans son acte et d'en assumer la signification.

En somme, la prise en compte et le suivi effectifs des pratiques significatives retenues dans notre étude constituant le concept de la communication engageante au sein des structures sanitaires prenant en charge les PVVIH peuvent éventuellement apporter un changement entre l'individu et son acte d'engagement.

3. Limite de l'étude

Puisqu'il n'existe pas de recherche parfaite, nous pouvons remarquer une limite liée l'espace géographique de l'étude et à la taille de l'échantillon. En effet, nous avons réalisé notre étude uniquement sur le district de Marcory, ce qui nous a valu aussi la taille de notre échantillon. De plus le R-deux de la régression d'une valeur d'environ 20 % montre qu'il existe d'autres facteurs, outre la visibilité de l'acte et les raisons de l'acte, qui peuvent influencer l'adoption de comportement engageant chez les PVVIH.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif principal poursuivi dans ce travail de recherche était d'identifier les déterminants de la communication engageante dans le domaine de la santé, dans le district sanitaire de Marcory, qui impactent le comportement engageant d'un PVVIH prise en charge.

Pour mener à bien cette étude, nous avons cherché à identifier les facteurs déterminants de la communication engageante visant à favoriser l'adoption de comportements engageants chez les PVVIH. Ensuite, parmi les facteurs importants identifiés ceux qui sont déterminants. Mais avant, nous nous sommes posés la question de savoir : « quels sont les déterminants de la communication engageante qui favorisent les comportements engageants chez les PVVIH ? »

De cette question de recherche il ressort une autre question à savoir quels sont les actes préparatoires engageants ou soubassements comportementaux qui influencent la sélection de l'information sur la persuasion ?

La réponse à ces questions nécessite une approche théorique et conceptuelle. Dans l'approche théorique, nous avons mobilisé la théorie des croyances relatives ou health belief model (HBM), la théorie de comportement planifié et la théorie de l'engagement.

Ensuite, les concepts se rapportant à notre étude tels que le comportement engageant, la communication engageante et l'attitude ont été définis.

Pour atteindre l'objectif de l'étude, notre démarche méthodologique s'est faite en quatre étapes : l'analyse un variée, bivariée, factorielle et économétrique.

Les résultats descriptifs montrent qu'en moyenne plus de 50 % des prestataires accordent une importance à la visibilité de l'acte d'engagement.

Concernant les raisons de l'acte d'engagement en moyenne plus de 50 % des prestataires y accordent une importance capitale.

A propos de l'analyse bivariée, le test de Khi-deux révèle que la liaison entre la variable expliquée et les items des variables explicatives est significative pour le caractère répétitif et le coût des actes posés par les PVVIH concernant le volet visibilité de l'acte d'engagement. Pour ce qui est du volet raisons de l'acte d'engagement, il est significatif pour la promesse de récompense, la liberté de conduite et la confidentialité de l'information. L'analyse en composantes principales a permis de reconstruire les deux variables : la visibilité comprenant le caractère irrévocable de l'acte, le caractère répétitif de l'acte, le caractère explicite de l'acte et le coût de l'acte; et les raisons de l'acte regroupant la promesse de récompense, la menace de

punition, la liberté dans la conduite à tenir. Par ailleurs, l'analyse économétrique a montré que les deux variables visibilité et raisons de l'acte influencent significativement et positivement le comportement engageant.

Toutefois, Joule et Beauvois (1998) prétendent que pour obtenir l'engagement de la part d'un individu, il faut que son acte soit irrévocable et explicite, il faut mettre en relief les conséquences de son acte, choisir un acte de coût élevé, rendre l'acte le plus visible possible et le répéter. Si tous ces facteurs sont bien maîtrisés, l'individu peut adopter un meilleur comportement. Il revient alors aux prestataires engagés dans la prise en charge des PVVIH, de la prise en compte et le suivi effectif des pratiques significatives relevées telles que le caractère répétitif de l'acte d'engagement, le coût de l'acte d'engagement, le caractère explicite, le caractère irrévocable, la promesse de récompense, la liberté de conduite et la menace de punition en vue de favoriser chez les PVVIH l'adoption de comportements engageants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

David A. (1999). Logique épistémologie et méthodologie en sciences de gestion, conférence de l'AIMS, mai, Ecole Centrale de Paris.

Dumez Hervé (2012). Faire une revue de la littérature : pourquoi et comment ? pp 15-27.

Esther (2014). Manuel de l'éducateur, éducation thérapeutique du patient, Edition 2014, 23p.

Gavard-Perret et al. (2012). Méthodologie de la recherche en sciences de gestion, réussir son mémoire ou sa thèse, Pearson France, Montreuil.

Girandola Fabien (2003). Psychologie de la persuasion et de l'engagement, Besançon, Presses universitaires de Franche-Comté.

Girandola Fabien et Joule Robert-Vincent (2008). La communication engageante. Revue électronique du psychosocial n°2, pp 41-54.

HAS (2007). Guide méthodologique sur la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, Edition 2013, 109p.

Janz N.K, Becker M.H. (1984). The health Belief Model: A decade later. Health education quarterly, 11, 1-47.

Joule. R.V. et Beauvois, J.L. (1998). La soumission librement consentie, Paris : Presses Universitaires de France.

Kotler P. et Roberto E. (1989). Social Marketing. Strategies for Changing Public Behavior. New York, Free Press.

Le Moigne, J.L. (1990). La modélisation des systèmes complexes, Dumod.

Maddux J.E. et Rogers R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy; A revised theory of fear appeals and attitudinal change. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 19, 469-479.

Marchioli Andrey (2011). Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implication des récents modèles de la communication persuasive. *Corps de la paix, les pratiques d'une vie saine*, Edition 2001, 280p.

Meyer T. (2000) « le modèle de traitement heuristique / systématique de l'information : motivations multiples et régulation de jugement en cognition sociale », *l'Année psychologique*, 100, 3,527-563.

N'DA P., (2002), *Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats : comment réaliser un mémoire, une thèse en sciences sociale et en éducation*, Abidjan, EDUCI, 2^e édition, 139p.

Rogers R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitudinal change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.

Rosenstock I.G.F (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, FM. Lewis et B.K. Rimer, *Health Behavior and Health Education. Theory Research and Practice*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Terrade F. et Meyer T., (2003), « auto évaluation des connaissances et élaboration défensive de l'information sur le risque : application à la lecture d'un message sur le sida », *Cahiers Internationaux de la psychologie sociale*, 59,40-53.

Zbinden A. (2011). *Communication engageante et représentation sociales : une nouvelle articulation théorique*, thèse de doctorat à l'université de Bourgogne.

WEBOGRAPHIE

www.solidarite-sida.org, consulté le 22 septembre 2016 à 16h10

www.arcat-sante.org/a/56/jDs_1838numero, consulté le 13 octobre 2016

www.unaids.org/EN/ressources/epidemolgy.asp, consulté le 22 Octobre 2016 à 19h33

<https://www.wapp.gouv.ht> consulté le 22 Octobre 2016 à 10h25

[www.people.fr.\(Pdv-soltis\)](http://www.people.fr.(Pdv-soltis)), consulté le 16 Novembre 2016 à 20h 10

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de recherche de master 2 en sciences de gestion intitulé : « **Influence de la communication engageante sur le comportement en faveur des personnes vivants avec le VIH/sida : cas des structures sanitaires de Marcory** »

Nous vous invitons à répondre aux questions soumises à votre attention sur une échelle de 1 à 5.

Votre participation à cette étude permettra d'identifier les déterminants de la communication engageante pour le changement de comportement chez les PVVIH.

Merci à l'avance de votre collaboration

Entourer le numéro qui correspond mieux à votre appréciation.

		Très faible importance	Faible importance	Moyenne importance	Grande importance	Très grande importance
Enoncés sur la visibilité et l'importance de l'acte d'engagement						
1	Echanger publiquement avec le PVVIH sur la conduite à tenir influence son comportement	1	2	3	4	5
2	Expliquer clairement au PVVIH la conduite à tenir influence son comportement	1	2	3	4	5
3	L'information du maintien coût que coût de la conduite à tenir par le PVVIH influence son comportement	1	2	3	4	5
4	Répéter la conduite à tenir au PVVIH influence son comportement	1	2	3	4	5
5	Expliquer les contraintes liées à la conduite à tenir influence le comportement du PVVIH	1	2	3	4	5
6	Expliquer la lourdeur de la conséquence de l'acte posé par la PVVIH influence son comportement.	1	2	3	4	5

		Très faible importance	Faible importance	Moyenne importance	Grande importance	Très grande importance
Enoncés sur les raisons de l'acte d'engagement						
7	La promesse de récompense (bonne santé, vivre plus longtemps..) influence le comportement du PVVIH	1	2	3	4	5
8	La menace de punition suite à l'acte posé par le PVVIH influence son comportement.	1	2	3	4	5
9	La liberté dans la conduite à tenir par le PVVIH influence son comportement	1	2	3	4	5
10	La confidentialité de l'information détenue par le prestataire influence le comportement du PVVIH	1	2	3	4	5

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Moyenne d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Enoncés sur le comportement d'engagement						
11	Les PVVIH prennent régulièrement leurs médicaments ARV	1	2	3	4	5
12	Les PVVIH respectent les rendez-vous cliniques et biologiques.	1	2	3	4	5
13	Les PVVIH adoptent des comportements sexuels à moindre risque	1	2	3	4	5
14	Les PVVIH participent aux causeries éducatives	1	2	3	4	5
15	Les PVVIH respectent les circuits de soins et soutiens	1	2	3	4	5

Cochez la réponse qui correspond mieux à votre situation

1-Vous êtes : homme femme

2- Tranche d'âge

18 à 35 ans

36 à 50 ans

51 et plus

3- Activité actuelle

Médecin Infirmier(e) Sage-femme

Travailleur social Agent de santé communautaire

4- Depuis combien de temps êtes-vous impliqués dans la prise en charge des PVVIH ?

Nombre de mois Nombre d'années

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION !

Annexe 2 : Test de Khi-deux**Caractère public * Comportement engageant****Tests du Khi-deux**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,018 ^a	1	,894		
Correction pour la continuité	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,018	1	,894		
Test exact de Fisher				1,000	,574
Association linéaire par linéaire	,017	1	,895		
Nombre d'observations valides	55				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,80.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Caractère explicite* Comportement engageant**Tests du Khi-deux**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,886 ^a	1	,347		
Correction pour la continuité	,049	1	,824		
Rapport de vraisemblance	1,524	1	,217		
Test exact de Fisher				1,000	,470
Association linéaire par linéaire	,869	1	,351		
Nombre d'observations valides	55				

a. 2 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,65.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Caractère irrévocable* Comportement engageant**Tests du Khi-deux**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,011 ^a	1	,918		
Correction pour la continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,011	1	,917		
Test exact de Fisher				1,000	,702
Association linéaire par linéaire	,010	1	,919		
Nombre d'observations valides	55				

a. 2 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,09.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Caractère répétitif * Comportement engageant**Tests du Khi-deux**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,283 ^a	1	,038		
Correction pour la continuité ^b	2,804	1	,094		
Rapport de vraisemblance	6,787	1	,009		
Test exact de Fisher				,050	,035
Association linéaire par linéaire	4,206	1	,040		
Nombre d'observations valides	55				

a. 1 cellule (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,62.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Coût * Comportement engageant

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,991 ^a	1	,046		
Correction pour la continuité ^b	2,778	1	,096		
Rapport de vraisemblance	4,366	1	,037		
Test exact de Fisher				,055	,044
Association linéaire par linéaire	3,918	1	,048		
Nombre d'observations valides	55				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,02.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Conséquence * Comportement engageant

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,238 ^a	1	,135		
Correction pour la continuité ^b	1,013	1	,314		
Rapport de vraisemblance	3,722	1	,054		
Test exact de Fisher				,326	,159
Association linéaire par linéaire	2,198	1	,138		
Nombre d'observations valides	55				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,53.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Promesse de récompense * Comportement engageant

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	11,370 ^a	1	,001		
Correction pour la continuité ^b	7,039	1	,008		
Rapport de vraisemblance	9,790	1	,002		
Test exact de Fisher				,008	,008
Association linéaire par linéaire	11,163	1	,001		
Nombre d'observations valides	55				

a. 2 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,65.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Menace de punition * Comportement engageant

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,005 ^a	1	,943		
Correction pour la continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,005	1	,943		
Test exact de Fisher				1,000	,600
Association linéaire par linéaire	,005	1	,944		
Nombre d'observations valides	55				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,89.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Liberté dans la conduite * Comportement engageant

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,503 ^a	1	,034		
Correction pour la continuité ^b	2,938	1	,087		
Rapport de vraisemblance	3,989	1	,046		
Test exact de Fisher				,049	,049
Association linéaire par linéaire	4,422	1	,035		
Nombre d'observations valides	55				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,40.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Confidentialité de l'information * Comportement engageant

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,664 ^a	1	,031		
Correction pour la continuité ^b	3,299	1	,069		
Rapport de vraisemblance	5,555	1	,018		
Test exact de Fisher				,041	,029
Association linéaire par linéaire	4,579	1	,032		
Nombre d'observations valides	55				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,15.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Annexe 3 : Analyse factorielle

Raisons de l'acte

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.	,555
Khi-deux approximé	19,269
Test de sphéricité de Bartlett Ddl	6
Signification de Bartlett	,004

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	1,493	37,330	37,330	1,493	37,330	37,330
2	1,275	31,875	69,205			
3	,747	18,672	87,877			
4	,485	12,123	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
Liberté dans la conduite	,824
Menace de punition	,674
Promesse de récompense	,497
Confidentialité de l'information	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,667	3

Comportement

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,759
	Khi-deux approximé	88,549
Test de sphéricité de Bartlett	Ddl	10
	Signification de Bartlett	,000

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	2,784	55,686	55,686	2,784	55,686	55,686
2	,889	17,781	73,467			
3	,605	12,094	85,561			
4	,464	9,279	94,840			
5	,258	5,160	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
Respect des rendez-vous cliniques et biologiques	,852
Prise régulière des médicaments ARV	,839
Participation aux causeries éducatives	,767
Respect des circuits de soins et soutiens	,658
Port de préservatif	,578

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

Annexe 4 : Régression logistique

Tests de spécification du modèle

	Khi-Chi-deux	ddl	Sig.
Etape	9,092	2	,011
Etape 1 Bloc	9,092	2	,011
Modèle	9,092	2	,011

Récapitulatif des modèles

Etape	-2log- vraisemblance	R-deux de Cox &Snell	R-deux de Nagelkerke
1	48,613 ^a	,152	,234

a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 5 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

Test de Hosmer-Lemeshow

Etape	Khi-Chi-deux	ddl	Sig.
1	,005	1	,944

Variables dans l'équation

	B	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Visibilité	1,621	,859	3,563	1	,049	5,056
Etape 1 ^a Raisons	2,678	1,252	4,575	1	,032	14,553
Constante	-2,437	1,413	2,974	1	,085	,087

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : Visibilité, Raisons.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
SOMMAIRE	III
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	IV
RESUME.....	VI
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE DE L'ETUDE	6
Chapitre I : Cadre conceptuel de l'étude	7
Section 1 : Approche définitionnelle du comportement engageant et de la communication engageante	7
1. Comportement engageant.....	7
2. Communication engageante	7
Section 2 : Concept d'attitude	8
1. Définition du concept d'attitude	8
2. Caractéristiques de l'attitude	10
3. Intention comportementale	13
Chapitre II : Cadre théorique de l'étude	14
Section 1 : Théories de la communication engageante et de comportement engageant	14
1- Théorie des croyances relatives à la santé ou health belief model (HBM).....	14
1- 1- La perception de la menace	15
1- 2- L'évaluation de comportement.....	15
1- 3- L'efficacité personnelle.....	16
1- 4 – Relation avec la théorie de motivation de protection	17
2- Théorie de comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986).....	17
2-1- L'intention	18
2-2 – L'attitude envers le comportement.....	18
2-3- "Croyances comportementales"	18
2-4- La norme subjective.....	19
2-5- La "perception du contrôle"	19
3- Théorie de l'engagement.....	19
3-1 – Les bases de la psychologie de l'engagement.....	20

3-2- Taille de l'acte	21
Section 2 : Débat autour de la communication engageante et du comportement engageant .	22
1. Modèles de la persuasion et théorie de l'engagement	22
2. De la communication persuasive à la communication engageante.....	24
PARTIE II : ETUDE EMPIRIQUE DES DETERMINANTS DE LA COMMUNICATION ENGAGEANTE POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ LES PVVIH	
27	
Chapitre III : Positionnement épistémologique et choix méthodologique	28
Section 1 : Positionnement épistémologique	28
1- Paradigme épistémologique.....	28
2- Posture épistémologique	29
Section 2 : Choix méthodologique de l'étude	30
1- Variables de l'étude et justification des hypothèses.	30
1-1 . Variables explicatives de la communication engageante	30
1-2. Variable expliquée : comportement engageant.	31
2- Présentation du cadre d'étude	31
3- Echantillonnage, collecte des données et méthode d'analyse des données	32
3-1. Méthode d'échantillonnage.....	32
3-2. Méthode de collecte de données.	33
3-3. Méthode d'analyse des données.....	34
Chapitre IV : Analyse et discussion des résultats de l'étude.....	34
Section 1 : Analyse des résultats de l'étude	35
1. Analyse unidimensionnelle	35
1.1. Profil des répondants	35
1.2. Variables explicatives.....	36
1.3. Variable expliquée.....	38
2. Analyse bidimensionnelle	39
3. Analyse factorielle	40
3.1. Statistique de fiabilité	40
3.2. Analyse factorielle.....	41
4. Analyse économétrique.....	43
Section 2 : Discussion et limite de l'étude	45
1. Discussion relative à la relation entre la visibilité de l'acte d'engagement et le comportement engageant.....	45
2. Discussion relative aux raisons de l'acte d'engagement.....	47

3. Limite de l'étude	48
CONCLUSION GENERALE	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES	X
Annexe 1 : Questionnaire	XI
Annexe 2 : Test de Khi-deux	XIV
Annexe 3 : Analyse factorielle	XIX
Annexe 4 : Régression logistique	XXII
TABLE DES MATIERES	54