



HAL
open science

Langues locales et communication pour la santé publique en pays Wê et Dan en Côte d'Ivoire

Henri Joel Sey

► **To cite this version:**

Henri Joel Sey. Langues locales et communication pour la santé publique en pays Wê et Dan en Côte d'Ivoire. Sciences de l'information et de la communication. Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody (Abidjan), 2017. Français. NNT: . tel-02376420

HAL Id: tel-02376420

<https://hal.science/tel-02376420>

Submitted on 22 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License



UFR : Information, Communication et Arts (UFRICA)

**DÉPARTEMENT DES SCIENCES DE L'INFORMATION
ET DE LA COMMUNICATION (S.I.C)**

THÈSE UNIQUE DE DOCTORAT DE COMMUNICATION

SPÉCIALITÉ: COMMUNICATION POUR LE DÉVELOPPEMENT (IEC/CCC/CD)

**LANGUES LOCALES ET
COMMUNICATION POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE EN PAYS WÊ ET DAN EN
CÔTE D'IVOIRE**

Présentée et soutenue publiquement

par

SEY Henri Joël

le mardi 17 Octobre 2017

JURY

Président : Prof. Thomas BEARTH, Professeur émérite, Université de Zurich-Suisse

Directeur de la thèse : Dr Angeline NANGA-ADJAFI, Maître de conférences,
UFHB Abidjan

Examineur : Prof. Camille Roger ABOLOU, Professeur Titulaire, UAO Bouaké

Examineur : Dr. Hugues KONÉ, Maître de conférences, UFHB Abidjan

Examineur : Dr. Siméon KOUASSI, Maître de conférences, UFHB Abidjan

ANNÉE ACADÉMIQUE : 2016 - 2017

**LANGUES LOCALES ET
COMMUNICATION POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE EN PAYS WÊ ET DAN EN
CÔTE D'IVOIRE**

SOMMAIRE

ÉPIGRAPHE	3
DÉDICACE	4
REMERCIEMENTS	5
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX	9
INTRODUCTION GÉNÉRALE	12
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	42
Chapitre I : FONDEMENTS SOCIO - ANTHROPOLOGIQUES DE LA SANTÉ	43
1.1. Représentations populaires de la maladie.....	43
1.2. Déterminants de la santé.....	49
1.3. Dynamiques des changements de comportements.....	54
1.4. Barrières à la modification des comportements.....	61
Chapitre II : CADRE THÉORIQUE	65
2.1. Fondements théoriques de l'étude.....	65
2.2. Recherches sociales sur la communication pour la santé publique.....	128
2.3. Définitions des concepts clés de l'étude.....	143
2.4. Cadre conceptuel de l'étude.....	152
Chapitre III : APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES ET OPÉRATOIRES	192
3.1. Méthodes de recherche en sciences de l'information et de la communication (SIC).....	192
3.2. Présentation et justification de la méthode retenue.....	192
3.3. Rappel de l'objet d'étude.....	194
3.4. Les hypothèses et leurs variables.....	195
3.5. Les hypothèses de recherche et leurs variables.....	196
3.6. Instruments de mesure.....	198
3.7. Présentation des sites de la recherche.....	203
3.8. Population, échantillonnage et échantillon de base.....	205
3.9. Traitement et analyse des données.....	211
DEUXIÈME PARTIE : SYSTÈMES DE COMMUNICATION, PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET CONFRONTATION DES RÉSULTATS	215
Chapitre IV : SYSTÈMES DE COMMUNICATION EN PAYS WÊ (WÔBÉ) ET YACOUBA (DAN)	216
4.1. Systèmes de communication en pays Wê (Wôbé).....	216
4.2. Systèmes de communication en Yacouba (Dan).....	218
Chapitre V : PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES	220
5.1. Présentation des données recueillies par questionnaire dans les départements de Danané, Facobly et Kouibly.....	220
5.2. Présentation des données recueillis au cours d'entretiens semi-directifs dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané.....	292
5.3. Présentation des terminologies des maladies récurrentes en langues Wê (Wôbé) et Dan (yacouba).....	321
5.4. Confrontation des résultats des zones de l'étude : les départements de Facobly, Kouibly et Danané.....	323
Chapitre VI : ANALYSE, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	330
6.1. Analyse et interprétation des résultats.....	330
6.2. Discussion.....	336
CONCLUSION GÉNÉRALE	339
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	345
ANNEXES	366
TABLE DES MATIÈRES	386

« *C'est de l'humus nauséabond
que jaillit la plante verte.* »

Mariama BÂ, *Une si longue lettre.*

À
Mon épouse Antoinette

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord ma directrice de thèse, Madame NANGA-ADJAFI Angeline, Maître de Conférences et Enseignant-Chercheur à l'Unité de Formation et de Recherches en Information, Communication et Arts (UFRICA) de l'Université Félix Houphouët-Boigny. Grâce à ses recommandations, ses suggestions et ses observations critiques, j'ai pu réaliser ce travail.

De même, je remercie Monsieur Thomas BEARTH, Professeur émérite (Université de Zurich) pour la documentation à moi fournie, ses commentaires et sa générosité.

Mes remerciements vont aussi à tous nos encadreurs et enseignants des départements de Lettres modernes (d'où je suis issu), des Sciences de l'Information et de la Communication (SIC) et particulièrement aux Docteurs Gondo et SEA et au doctorant GUÉHI du département des Sciences du langage (linguistique) pour la transcription des terminologies de maladies dans les langues Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé).

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude, d'une part, à Madame BROU née ASSI Véronique, pour son aide financière qui m'a été d'un très grand secours dans le déroulement de mes enquêtes de terrain à savoir à Facobly, à Kouibly et à Danané. Aux populations des localités visitées, d'autre part, qui m'ont reçu charleureusement, ont répondu librement aux questions et m'ont ouvert les portes de leurs maisons. Les leaders communautaires, les prestataires de soins, les autorités administratives et sanitaires méritent une mention spéciale.

Mes plus vifs remerciements vont tout d'abord aux condisciples et amis pour leur présence à nos côtés, à ma famille, ensuite, qui par ses encouragements et sa patience m'a soutenu tout au long de la recherche.

Enfin, je dis sincèrement merci à tous ceux qui ont contribué de quelle que manière que ce soit à la production du présent travail en espérant qu'il contribuera, un tant soit peu, à faire de la lumière sur la réalité de la traduction des maladies dans les langues Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé) en Côte d'Ivoire.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Composition culturelle de la Côte d'Ivoire.....	35
Figure 2 : Carte des principales langues de Côte d'Ivoire.....	37
Figure 3 : Stades du processus d'influence (tiré de : Maisonneuve et autres, 2003, p. 46).....	55
Figure 4 : Modèle transthéorique des stades du changement.....	85
Figure 5 : Modèle en spirale des stades du changement de comportement.....	88
Figure 6 : Schéma des déterminismes réciproques dans la théorie sociale cognitive de Bandura (1986).....	97
Figure 7 : Théorie du comportement planifié.....	103
Figure 8 : Composantes du processus communicationnel selon Lasswell et Jakobson.....	146
Figure 9 : Modèle tripartite classique de l'attitude.....	160
Figure 10 : Modèle unidimensionnel classique de l'attitude.....	161
Figure 11 : Modèle tripartite révisé de l'attitude.....	162
Figure 12 : Synthèse du modèle de l'action raisonnée et du modèle du comportement planifié.....	181
Figure 13 : Trajet de l'information en pays Wê (Wôbé).....	219
Figure 14 : Trajet de l'information en pays Dan (Yacouba).....	220
Figure 15 : Détermination du pourcentage des sexes.....	221
Figure 16 : Distribution comparée des âges des personnes enquêtées à Danané.....	222
Figure 17 : Répartition de la cible par religion.....	223
Figure 18 : Présentation des pourcentages de la situation matrimoniale des enquêtés.....	224
Figure 19 : Pourcentages du niveau d'instruction des enquêtés.....	225
Figure 20 : Détermination du pourcentage de l'activité professionnelle de la cible.....	226
Figure 21 : Pourcentage des réponses sur la définition du terme maladie.....	227
Figure 22 : Pourcentage des réponses sur la contraction des maladies.....	228
Figure 23 : Pourcentage des maladies fréquentes dans la localité de Danané et environs.....	229
Figure 24 : Pourcentage des croyances des populations sur la maladie.....	231
Figure 25 : Pourcentage sur la perception de la maladie chez les Dan (Yacouba).....	232
Figure 26 : Pourcentage d'appréciation des prix des prestations de soins dans les structures sanitaires de Danané.....	233
Figure 27 : Pourcentage d'appréciation de la qualité des soins dans les hôpitaux de Danané.....	234
Figure 28 : Pourcentage des comportements des Dan (Yacouba) face à un malade.....	235
Figure 29 : Pourcentage de l'expression du sentiment animant le Dan (Yacouba) en cas de maladie.....	236
Figure 30 : Pourcentage du choix de l'itinéraire thérapeutique chez les Dan (Yacouba).....	237
Figure 31 : Pourcentage des langues utilisées dans la consultation médicale à Danané.....	238
Figure 32 : Pourcentage des réponses sur le sentiment animant les populations moins alphabétisées après avoir assisté à une sensibilisation sur les maladies dans la langue française.....	239
Figure 33 : Pourcentage du niveau de compréhension de la langue Dan (Yacouba).....	240
Figure 34 : Pourcentage de l'effet des campagnes de sensibilisation sur les maladies dans la langue locale sur les Dan (Yacouba).....	241
Figure 35 : Pourcentage des avis sur l'existence de terminologies de toutes les maladies dans la langue Dan (Yacouba).....	242
Figure 36 : Pourcentage du sentiment animant la personne qui parle le Dan (Yacouba).....	243
Figure 37 : Pourcentage de la langue la mieux comprise par les Dan (Yacouba).....	244
Figure 38 : Pourcentage de la langue utilisée au quotidien avec la famille et l'entourage.....	245
Figure 39 : Pourcentage des moyens de communication chez les populations rurales Dan (Yacouba).....	246
Figure 40 : Pourcentage des moyens utilisés par les agents de santé pour véhiculer les informations sur les maladies à Danané.....	247
Figure 41 : Pourcentage indiquant le moment de la journée où la cible écoute la radio.....	248

Figure 42 : Pourcentage des personnes qui écoutent les émissions de santé diffusée à la radio.....	249
Figure 43 : Pourcentage de personnes qui regardent la télévision à Danané.....	250
Figure 44 : Taux d’audience des émissions de santé diffusées à la télévision chez les Dan (Yacouba) à Danané.....	251
Figure 45 : Pourcentage de réception des sms et/ou appels des maisons de téléphonie de la part des populations	252
Figure 46 : Pourcentage des sexes ou personnes interrogées dans les départements de Facobly et Kouibly.....	253
Figure 47 : Pourcentage des âges des personnes interrogées à Facobly et Kouibly.....	254
Figure 48 : Pourcentage des personnes ayant ou pratiquant une religion.....	255
Figure 49 : Pourcentage de la situation matrimoniale des habitants de Facobly et Kouibly.....	256
Figure 50 : Pourcentage du niveau d’instruction des habitants de Facobly et Kouibly.....	257
Figure 51 : Pourcentage des activités professionnelles exercées par les populations de Facobly et Kouibly.....	258
Figure 52 : Pourcentage des réponses des populations sur la définition de la maladie.....	259
Figure 53 : Pourcentage des réponses à la question « comment contracte-on les maladies ? ».....	260
Figure 54 : Pourcentage des maladies fréquentes dans les localités de Kouibly et Facobly.....	262
Figure 55 : Pourcentage des réponses à la question « ces maladies ont elles des terminologies dans la langue Wê (Wôbé) ? ».....	263
Figure 56 : Pourcentage des croyances sur la maladie chez les populations Wê (Wôbé).....	265
Figure 57 : Pourcentage des réponses des Wê (Wôbé) à la question « comment voyez-vous la maladie ? ».....	266
Figure 58 : Pourcentage de l’appréciation des Wê (Wôbé) des prix des prestations et des soins à l’hôpital général de Kouibly, les centres de santé urbains de Poubly et Facobly et le dispensaire rural de Souébly-Maébly.....	267
Figure 59 : Pourcentage du niveau d’appréciation de la qualité des soins donnés dans les structures sanitaires des localités visitées de la part des populations Wê (Wôbé).....	269
Figure 60 : Pourcentage des comportements des Wê (Wôbé) face à un malade.....	271
Figure 61 : Pourcentage des réponses des Wê (Wôbé) à la question « quel est le sentiment qui t’anime, lorsque tu es malade ? ».....	272
Figure 62 : Pourcentage des réponses sur l’itinéraire de soins choisi par le Wê (Wôbé) en période de maladie.....	273
Figure 63 : Pourcentage des réponses quant à la langue utilisée dans la consultation médicale dans les structures sanitaires implantées dans les départements de Facobly et Kouibly.....	275
Figure 64 : Pourcentage des réponses sur les sentiments animant les populations de Facobly et Kouibly après une sensibilisation sur les maladies en langue française.....	276
Figure 65 : Pourcentage du niveau de compréhension des populations de la langue Wê (Wôbé).....	277
Figure 66 : Pourcentage des personnes dont la sensibilisation sur les maladies dans la langue Wê (Wôbé) leur procure de l’effet.....	279
Figure 67 : Pourcentage des affirmations sur l’existence de terminologies de toutes les maladies dans la langue Wê (Wôbé).....	280
Figure 68 : Pourcentage des sentiments animant les personnes qui parlent le Wê (Wôbé).....	280
Figure 69 : Pourcentage de la langue la mieux comprise par les populations interrogées dans les départements de Facobly et Kouibly	283
Figure 70 : Pourcentage des réponses sur la langue utilisée au quotidien par les populations de Facobly et Kouibly.....	284
Figure 71 : Pourcentage des moyens de communication dont disposent les populations Wê (Wôbé) des départements de Facobly et Kouibly.....	285

Figure 72 : Pourcentage des réponses sur le moyen de communication le plus utilisé par les agents de santé pour donner les informations de santé aux populations de Facobly et Kouibly.....	286
Figure 73 : Pourcentage des réponses concernant l'écoute de la radio durant la journée en pays Wê (Wôbé).....	287
Figure 74 : Pourcentage des réponses concernant la fréquence de regard de la télévision par les Wê (Wôbé) à Facobly et Kouibly.....	288
Figure 75 : Pourcentage des réponses concernant l'écoute et le suivi des émissions de santé à la radio et à la télévision de la part des Wê (Wôbé) dans les départements de Facobly et Kouibly.....	289
Figure 76 : Pourcentage des réponses concernant la lecture de la presse écrite par les populations Wê (Wôbé) dans les départements de Facobly et Kouibly.....	290
Figure 77 : Pourcentage des réponses concernant la réception ou non d'SMS et appels provenant des maisons de téléphonie, de la part des Wê (Wôbé) dans les départements de Facobly et Kouibly.....	291

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : De correspondance de l'analyse des variables, des hypothèses de recherche.....	198
Tableau 2 : Chiffres issus du recensement général de la population ivoirienne en 2015 (I.N.S).....	207
Tableau 3 : Répartition des différents lieux et périodes de l'enquête.....	210
Tableau 4 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « Qu'est-ce que la maladie ? ».....	292
Tableau 5 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Quelles sont les maladies fréquentes dans les zones de Kouibly et Facobly ? ».....	293
Tableau 6 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Quelles sont les causes probables des maladies ?».....	293
Tableau 7 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly sur « l'Itinéraire thérapeutique choisi en cas de maladies. ».....	294
Tableau 8 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « Comment voyez-vous la maladie ? ».....	294
Tableau 9 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « Combien de catégories de maladies existent-ils ?».....	295
Tableau 10 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Pensez-vous qu'il existe des maladies dites chroniques ? ».....	295
Tableau 11 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Pensez-vous qu'il existe des maladies dites aiguës ? ».....	296
Tableau 12 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly relatif à leurs réactions vis-à-vis des personnes malades.....	296
Tableau 13 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Comment trouvez-vous les prix des prestations dans les hôpitaux ? ».....	297
Tableau 14 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Comment trouvez-vous la qualité des soins à l'hôpital ? ».....	297
Tableau 15 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer entre vous lors des problèmes de santé ? ».....	298
Tableau 16 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Comment vous vous transmettez les informations sur la santé ?».....	299
Tableau 17 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Dans quelle langue les agents de santé vous transmettent les informations sur la santé ?».....	299
Tableau 18 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Dans quelle langue vous vous transmettez les informations sur la santé ?».....	300
Tableau 19 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Comment les problèmes de santé publique sont-ils traduits dans la langue locale ?».....	300
Tableau 20 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Quels sont les noms des maladies fréquentes dans les localités en langue locale ?».....	301
Tableau 21 : Réponses des leaders de Danané à la question « Qu'est-ce que la maladie ? ».....	302
Tableau 22 : Réponses des leaders de Danané à la question «Quelles sont les maladies fréquentes dans la zone de Danané ? ».....	303
Tableau 23 : Réponses des leaders de Danané à la question «Quelles sont les causes probables des maladies ? ».....	303
Tableau 24 : Réponses des leaders de Danané sur « l'Itinéraire thérapeutique choisi en cas de maladies.».....	304
Tableau 25 : Réponses des leaders de Danané à la question « Comment voyez-vous la maladie ? ».....	304
Tableau 26 : Réponses des leaders de Danané à la question « Combien de catégories de maladies existent-ils ? ».....	305
Tableau 27 : Réponses des leaders de Danané à la question « Pensez-vous qu'il existe des maladies dites chroniques ? ».....	305

Tableau 28 : Réponses des leaders de Danané à la question « Pensez-vous qu'il existe des maladies dites aigues ? ».....	306
Tableau 29 : Réponses des leaders de Danané sur leurs « Réactions vis-à-vis des personnes malades ».....	306
Tableau 30 : Réponses des leaders de Danané à la question « Comment trouvez-vous les prix des prestations dans les hôpitaux ? ».....	307
Tableau 31 : Réponses des leaders de Danané à la question « Comment trouvez-vous la qualité des soins à l'hôpital ? ».....	307
Tableau 32 : Réponses des leaders de Danané à la question «Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer entre vous lors des problèmes de santé ?».....	308
Tableau 33 : Réponses des leaders de Danané à la question «Dans quelle langue les agents de santé vous transmettent les informations sur la santé ?».....	308
Tableau 34 : Réponses des leaders de Danané à la question «Dans quelles langues vous vous transmettez les informations sur la santé ?».....	308
Tableau 35 : Réponses des leaders de Danané à la question «Comment les problèmes de santé publique sont-ils traduits dans la langue locale ?».....	309
Tableau 36 : Réponses des leaders de Danané à la question «Quels sont les noms des maladies fréquentes dans la localité de Danané dans la langue Dan (Yacouba) ?».....	310
Tableau 37 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Comment les malades sont-ils accueillis dans votre hôpital ou centre de santé ?».....	312
Tableau 38 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Comment se déroule la consultation des patients dans votre établissement sanitaire ?».....	313
Tableau 39 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Quelles sont les maladies récurrentes dans la localité ?».....	314
Tableau 40 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Quels sont les moyens que vous utilisez lors de la consultation des patients ne s'exprimant qu'en langues locales ?».....	315
Tableau 41 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer avec les populations ?».....	316
Tableau 42 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Les patients comprennent-ils le diagnostic énoncé lors de la consultation ?».....	317
Tableau 43 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Les patients que vous avez une fois consulté reviennent-ils vous consultez lorsqu'ils sont malades à nouveau ?».....	318
Tableau 44 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Les patients respectent-ils les prescriptions que vous leur donnez ?».....	319
Tableau 45 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Comment vous vous assurez que les patient(e)s ont bien respecté les prescriptions ?».....	319
Tableau 46 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question « Qu'est-ce qu'une maladie ? ».....	323
Tableau 47 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Tu crois que la maladie est : ».....	324
Tableau 48 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Comment te comportes-tu face à une personne malade ?».....	324
Tableau 49 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Lorsque tu es malade, quel est le sentiment qui t'anime ?».....	325
Tableau 50 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Lorsque tu es malade, où vas-tu pour te soigner ?».....	325
Tableau 51 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Comment trouves-tu les prix des prestations de soins à l'hôpital ou le centre de santé ?».....	326

Tableau 52 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Sentiment qui t’anime après avoir été sensibilisé sur les maladies dans la langue française.».....	327
Tableau 53 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Quelle est la langue que tu comprends mieux ?».....	327
Tableau 54 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Quelle langue utilises-tu le plus souvent pour communiquer au quotidien avec ta famille et les autres ?».....	328
Tableau 55 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Quels sont les moyens de communication que tu as chez toi ?».....	328

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La santé publique est l'étude, d'une part, des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population et, d'autre part, des actions en vue d'améliorer la santé de celle-ci. Pour être plus clair et total, l'on fait appel à la définition exhaustive proposée il y a un demi-siècle et demeurant d'actualité de Winslow C.- E (1920) sur ce terme :

« la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé physique et l'efficacité, par le biais d'efforts collectifs organisés, et visant la salubrité de l'environnement, le contrôle des infections communautaires, l'éducation des individus à l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et la prévention de la maladie et le développement de l'infrastructure sociale qui assurera à chaque individu de la communauté un standard de vie adéquat pour se maintenir en santé¹. »

Partant de ces définitions, nous retenons que la santé publique se démarque de la médecine essentiellement sur deux plans à savoir dans un premier temps, elle met davantage l'accent sur la prévention que sur les traitements curatifs et dans un second temps, la santé publique développe une approche de population plutôt que de s'intéresser individuellement aux problèmes de santé des personnes, ce qui se traduit notamment par l'adjonction de compétences qui relèvent des sciences humaines et sociales notamment de la sociologie, du droit, de l'économie et de la communication. Ce dernier aspect donne d'emblée de la santé publique une entreprise multidisciplinaire complexe et centrée sur l'application. La nouvelle santé publique repose donc sur une saine compréhension de la façon dont les styles de vie et les conditions de vie déterminent la santé.

Aujourd'hui, les politiques de santé publique dans le monde en général et en Afrique en particulier sont construites autour de nombreux points centraux dont l'éducation à la santé. Elle est une composante importante de la santé publique. L'éducation pour la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, d'améliorer celle-ci. C'est dire qu'elle fournit des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. Elle implique ainsi la communication d'informations et le développement des aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

¹ Winslow Charles-Edward, « The unfulfilled fields of public health », *Science*, 51, p. 23-33, 1920, cite par Fee E., "The origins and development of public health in the United States in Oxford Textbook of public Health", *The Scope of public Health*, volume I, Oxford Medical Publications, p. 35-54, 1997.

« *La communication occupe une place prépondérante dans la vie quotidienne des individus et joue un rôle essentiel dans le fonctionnement de la société. Les médias nous parviennent en continu et notre expérience du monde se réduit souvent aux messages dont ils nous inondent* » (De Bonville, 1993 : 5). Cette abondance de messages nous incite à penser que la société actuelle est bien plus une société de communication qu'une société de consommation ou de loisirs. Il n'existe pas un seul programme social ou politique, un seul projet socio-économique, une seule initiative collective qui ne comporte un plan ou une stratégie de communication. Cette communication omniprésente se diversifie au fil des ans. La communication publique est l'une des nouvelles tendances. Michel le Net décrit ainsi l'évolution de la communication publique : « *La communication promotrice des valeurs de la société (démocratie, santé, sécurité, qualité de vie...) dite communication sociale progresse lentement aux côtés des deux autres formes de communication que sont la propagande et la publicité. Les pouvoirs publics s'éveillent à la modernité de la lutte contre les maux sociaux. À côté des habituelles mesures coercitives, la communication sociale devient communication publique et prend place pour instruire une opinion jusqu'alors tenue à l'écart de telles marques de prévenance* » (Le Net, 1993 : 7-8). Un autre auteur, Pierre Zémor, définit la communication publique comme « *une communication formelle qui tend à l'échange et au partage d'information d'utilité publique, ainsi qu'au maintien du lien social, et dont la responsabilité incombe à des institutions publiques* » (Zémor, 1995).

La communication publique peut également être définie comme « *l'ensemble des phénomènes de production, de traitement, de diffusion et de rétroaction de l'information qui reflète, crée et oriente les débats et les enjeux publics ; la communication publique étant non seulement le fait des médias mais aussi des institutions, mouvements et groupes qui interviennent sur la place publique* » (Belanger, 1992 : 13).

Cette nouvelle perspective engendre une évolution positive des processus de communication en Afrique. Pendant des années, il était en effet communément admis dans les sphères politiques africaines, que le développement pouvait s'opérer à partir de plans de développement et de textes juridiques élaborés de manière unilatérale par les autorités politiques. C'est pourquoi les programmes de communication n'ont pas engendré les effets escomptés : les populations n'ont pas adhéré aux projets de développement qui leur étaient imposés. La communication descendante entraînait des clivages au sein des collectivités en développement et sapait les croyances et les systèmes sociaux indigènes, ce qui consternait les paysans (Saik Yoon, 1996). Cependant, depuis quelques années, les décideurs politiques et les responsables des programmes sociaux, ont pris conscience de ce clivage et ont cherché à impliquer davantage les acteurs à la base pour qu'ils soient les bénéficiaires de leur propre développement. Par ailleurs, les politiques ont réalisé que

la communication publique reflète les valeurs d'un pays, qu'elle contribue à l'émergence de comportements responsables, enregistre l'évolution de la société, la reflète, et l'accélère. Ils se sont rendu compte que c'est par la sensibilisation, par la communication publique, qu'ils peuvent mobiliser les populations autour de leurs programmes. Mieux encore, ils se tournent de nos jours vers la communication pour le développement ou la communication participative, conscients du fait que, sans impliquer les populations à tous les niveaux (de l'identification des problèmes à la mise en œuvre des interventions), il ne peut y avoir de changement durable.

Dans la pratique, les modes d'intervention de l'éducation pour la santé se regroupent en deux grandes catégories: la communication nationale médiatique intégrant les normes ; les représentations; l'attention sur des priorités de santé publique d'une part et la légitimité des actions de proximité visant tout d'abord à développer la connaissance et les compétences des personnes, des groupes à travers des activités éducatives inscrites dans le temps et prenant en compte l'environnement des personnes ; la dimension sociale d'autre part. Elle vise à rendre les personnes et les groupes aptes à adopter les modes de vie les plus favorables à leur santé. Trois grands pôles la sous-tendent à savoir l'approche cognitive ; l'approche responsabilisant ; le tout dans une démarche participative. La prévention en matière de santé a conduit la plupart des responsables sanitaires à chercher des stratégies qui puissent aider les populations à adopter, de manière durable, des comportements favorables à leur santé. Parmi celles-ci, la Communication pour le Changement de Comportement (Ccc)² a pris une place importante. Ce modèle privilégie la relation entre la transmission du message et la réceptivité de celui-ci par l'individu et/ou le groupe. Cette approche met fortement l'accent sur la diffusion d'informations, se limitant principalement à la sensibilisation.

La santé publique intègre plusieurs paradigmes en rapport avec les traditions, les cosmologies, les religions, les dogmes, les représentations et les pratiques. Certaines de ces réflexions ont porté sur l'idée qui postule que les humains doivent être parfaitement informés sur les questions de santé pour une survie de l'espèce. Il s'agit là d'une idée ancienne et encore très présente avec un ensemble de croyances et de pratiques multiples et diverses.

La santé publique est devenue un enjeu fondamental pour le bien-être des populations, essentiellement pour les politiques publiques, en matière de population et de développement. Les résultats d'évaluation de l'implantation et des effets de diverses interventions de promotion de la santé et de prévention ont permis de déterminer les conditions d'efficacité de ces interventions. En l'occurrence, il importe d'agir à plusieurs niveaux et à partir de diverses stratégies, de

² Le module de formation du Projet d'appui à la lutte contre le Sida en Afrique de l'Ouest (2003) définit la Ccc comme processus intégré dans un programme global faisant appel à la participation de la communauté, produisant des messages et approches personnalisés et définissant des comportements positifs susceptibles de favoriser un changement durable.

respecter le processus du développement de l'homme et de s'appuyer sur un ensemble de caractéristiques des interventions efficaces et prometteuses.

Le développement des individus n'est pas qu'un phénomène interne qui résulterait uniquement du code génétique, de la maturation ou de choix individuels. Il est aussi influencé par des forces externes, comme l'environnement physique et les interactions sociales (Stassen Berger, 2000). De même, sans minimiser l'importance des comportements dans la genèse des problèmes de santé, plusieurs travaux ont montré comment les contextes physique et social influençaient la santé et les comportements des individus et ont tenté d'expliquer l'interrelation entre la structure sociale, les conditions sociales et les comportements individuels (Commission on Social Determinants of Health, 2009; Evans et coll., 1996; Keating et Hertzman, 1999).

En ce sens, l'approche écologique propose un cadre d'analyse des contextes dans lesquels surviennent les comportements plutôt que de faire de l'individu l'unique cible d'intervention (Bronfenbrenner, 1979; Eccles et Roeser, 1999; Richard, 1996). Elle met l'accent sur la nature interactive des différentes composantes d'un système. L'approche écologique indique qu'un programme cohérent d'interventions destiné à soutenir la santé et le bien-être des individus exige de considérer simultanément les personnes et leurs environnements (Bronfenbrenner, 1979).

Ainsi, une intervention dans une sphère, en l'occurrence la sphère individuelle, aura des répercussions sur d'autres sphères, comme l'environnement immédiat des individus. Conséquemment, ce principe d'interdépendance incite à agir sur plus d'une sphère à la fois afin de maximiser les changements souhaités. Par exemple, les interventions qui visent à augmenter les compétences personnelles et sociales ainsi qu'à susciter l'adoption de saines habitudes de vie sont plus efficaces si elles conjuguent l'acquisition de connaissances et d'habiletés diverses à un environnement qui confirme les connaissances apprises et qui permet d'exercer les habiletés acquises (Hamel et coll., 2001).

L'approche écologique insiste aussi sur le fait que les comportements des individus sont souvent une adaptation aux pressions de l'environnement. Par les avantages qu'il offre ou non, l'environnement joue un rôle déterminant sur les types de comportements adoptés par les individus. Ainsi, les contingences environnementales doivent faire l'objet d'une intervention. On comprend également qu'un comportement peut apparaître adéquat dans un environnement (ex. : la famille) et ne pas l'être dans un autre (ex. : l'école). C'est en ce sens qu'il importe d'analyser les conduites individuelles dans une perspective environnementale globale et d'intervenir sur toutes les sphères, par exemple sur l'individu lui-même pour développer des compétences, mais aussi sur les divers environnements (familial, organisationnel et communautaire) pour les influencer.

Dans une perspective écologique, on s'intéressera également aux ressources nécessaires au développement des individus et des communautés qui sont potentiellement disponibles dans l'environnement et effectivement utilisées. Ces ressources sont de différentes natures (savoirs, expertises, opportunités, infrastructures communautaires, etc.) et contribuent à la résolution de problèmes. L'intervention consiste donc à favoriser une meilleure utilisation des ressources existantes ou à en générer de nouvelles.

Finalement, l'approche écologique rappelle l'importance d'intégrer une dimension temporelle à l'analyse de l'interaction entre l'individu et l'environnement mettant ainsi en relief la nature dynamique des systèmes. Ainsi, outre l'influence des éléments de l'environnement actuel sur l'individu (statut socioéconomique, composition de la famille, attributs de l'école, présence de polluants dans l'environnement, etc.), on considère l'importance de l'histoire de l'environnement dans lequel l'individu évolue (les coutumes, les croyances, etc.).

En somme, on reconnaît que toute personne se développe au sein d'un réseau de relations dynamiques. La personne influence ce réseau et est à son tour influencée par lui. Ainsi, l'action portant à la fois sur les éléments structurels à la source des problèmes et sur la consolidation du potentiel des individus est plus prometteuse qu'une série d'efforts isolés s'adressant uniquement aux individus (Bronfenbrenner, 1979; Labonté, 1994). Il devient donc important d'agir à plusieurs niveaux pour maximiser les effets recherchés par nos interventions (Comité national d'orientation *École en santé*, 2005; Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, 2005).

Les travaux sur la promotion de la santé ont permis d'identifier l'importance de mettre en place diverses stratégies d'action afin d'agir simultanément à plusieurs niveaux. Ces stratégies ont d'abord été énoncées en 1986 lors de la Première conférence internationale pour la promotion de la santé et consignées dans un document intitulé *La Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé*. Celles-ci sont l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (Organisation mondiale de la santé, 1986). L'importance de ces stratégies a été réaffirmée lors de la dernière Conférence mondiale de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé tenue à Vancouver au printemps 2007 (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, 2007).

Ces stratégies d'action sont pertinentes et adaptables dans le cadre d'une approche globale et intégrée en contexte urbain que rural telle que l'élaboration de politiques, règles et normes cohérentes et favorables à la santé (ex. : code de vie, politique pour de saines habitudes de vie); l'aménagement d'un environnement favorable sur les plans pédagogique, social et physique; le renforcement de la collaboration famille-communauté, le développement de compétences

personnelles et sociales en suscitant l'engagement actif des individus afin de leur conférer un pouvoir d'action et, finalement, une offre de services adaptée à ceux-ci (Arcand et Roberge, 2007).

Du point de vue du développement de l'homme, la théorie sociale cognitive de Bandura considère que tout individu est un agent actif de son développement et qu'il n'est pas uniquement un réceptacle des stimulations de l'environnement (Bandura, 1986). Un processus d'autorégulation serait présent dans l'apprentissage, c'est-à-dire que l'individu serait capable d'établir des liens entre les apprentissages antérieurs et les situations présentes de façon à dégager des lignes de conduite en fonction des attentes personnelles ou celles de l'entourage. Cette théorie considère également que plus un individu a une perception positive de ses compétences personnelles (sentiment d'auto-efficacité), plus il sera enclin à suivre des modèles positifs et à adopter des comportements favorables à sa santé et à son bien-être (Stassen Berger, 2000). Il doit être convaincu de l'efficacité du comportement pour l'adopter et obtenir le résultat souhaité. De plus, l'individu doit être motivé pour prêter attention à un comportement et mémoriser l'information qui y est associée afin d'être en mesure de la récupérer lorsque se présente l'occasion de manifester ce comportement. Ainsi, les enfants et les adolescents, les femmes, les hommes, les vieillards apprendraient par l'exemple, en observant les comportements de leur entourage (des modèles positifs ou négatifs) sans qu'ils fassent nécessairement l'objet d'un conditionnement. De plus, ils apprendraient plus facilement en participant personnellement à cet apprentissage (apprentissage vicariant). Les interventions devraient donc miser sur la participation active des hommes dans leur ensemble (en intégrant la langue locale dans les échanges puisque c'est l'outil qu'ils utilisent au quotidien pour communiquer).

Pour sa part, la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen introduit la notion d'intention (Fishbein et Ajzen, 1975). Elle postule que les choix comportementaux en matière de santé découlent d'une intention consciente (volonté) ou non consciente (force de l'habitude) de la part des individus. Elle amène donc à considérer les intentions des individus dans l'adoption d'un comportement (ex. : cesser de fumer) et le contrôle qu'ils croient exercer quant à ce comportement. Les intentions peuvent s'avérer des prédicteurs du comportement souhaité et constituer des pistes à explorer pour la promotion d'un comportement sain (en matière de santé).

Les intentions découlent de facteurs cognitifs (évaluer les avantages et les inconvénients du comportement), affectifs (plaisir associé au comportement), sociaux (pression des pairs) ou moraux (croyances ou coutumes). La théorie de l'action raisonnée suppose donc qu'une intervention de promotion de la santé ou de prévention devrait permettre aux individus de réfléchir sur leurs comportements. La conception de messages devrait donc inclure deux composantes :

- la composante attitude : le fait d'insister sur les conséquences positives et négatives de l'adoption du comportement (ex. : la pratique de l'activité physique);
- la composante normative : le fait d'insister sur la motivation à se conformer à la pression de l'entourage.

Finalement, la recherche dans le domaine de la psychopathologie du développement est basée sur l'étude des origines et du suivi des patrons de comportements inadaptés (Weissberg et Greenberg, 1998). On s'intéresse à la fois aux facteurs de risque qui augmentent la probabilité de l'apparition d'un problème durant le développement et aux facteurs de protection qui favorisent un développement normal de l'individu (Durlak, 1997).

Ces facteurs peuvent être d'ordre personnel, c'est-à-dire qu'ils découlent des caractéristiques des individus (ex. : tempérament, compétences personnelles et sociales, état de santé), et d'ordre environnemental (ex. : pratiques parentales, statut socioéconomique, réseau social).

L'interdépendance entre les facteurs de risque et de protection mène à une vision plus intégrée et écologique du développement des humains. Conséquemment, une intervention efficace devrait viser la réduction des facteurs de risque et le renforcement des facteurs protecteurs liés à l'environnement ceux-là (ex. : risque lié au dysfonctionnement parental, effet protecteur d'un environnement familial structurant et chaleureux ou d'un réseau social soutenant). Elle devrait également mettre l'accent sur le développement d'un ensemble de compétences personnelles et sociales essentielles à un développement harmonieux. Six facteurs clés du développement sont retenus par nous pour leurs effets à la fois sur la réussite, la santé et le bien-être des individus. Il s'agit de l'estime de soi, les compétences sociales, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, l'environnement culturel (notamment les langues locales), familial et social, et la présence de services préventifs.

En Côte d'Ivoire, les programmes et politiques de santé sont tous calqués sur les modèles édités par les occidentaux, les bailleurs de fonds (BM, FMI, BAD, UE, BID, etc.). Ce pays intègre en matière de santé les principes universels de droits humains même si toutes les modalités ne sont pas en place pour garantir leur mise en œuvre. L'État devient un acteur, initiateur de réformes comme l'adoption de pratiques d'exemption pour les vulnérables (gratuité de l'accouchement et de la césarienne), la protection contre les violences basées sur le genre. Les politiques publiques de population semblent ainsi viser plus d'égalité entre les couches sociales.

La sociologie de la santé décrit les inégalités sociales qui s'y manifestent. En effet, les populations rurales sont peu desservies en structures de santé de référence particulièrement en soins gynécologiques, obstétricaux et surtout en soins endémiques (paludisme, tuberculose, ébola.). Il existe des obstacles à l'accès aux soins d'urgence, la prise en charge des complications de genres en matière de santé. Les inégalités de santé concernent principalement les femmes, les

filles, les nouveau-nés, les adolescents, les jeunes, les non-francophones (les analphabètes). Ils constituent la composante démographique la plus importante en Côte d'Ivoire d'où la nécessité d'étudier la santé publique, l'éducation et/ou la communication pour la santé dans les zones rurales.

L'hygiène individuelle ou l'éducation en matière de santé publique a une histoire. Elle débute, en effet, au XIX^{ème} siècle avec les premières grandes campagnes sanitaires organisées contre l'alcoolisme qui constituait déjà un fléau dans les pays industrialisés.

De plus, avec l'accroissement des connaissances en biologie et en médecine et leur diffusion auprès du public, ce champ s'élargit pour englober l'auto-traitement et les soins donnés dans la sphère familiale. Il renferme tout ce qui permet à un individu de se traiter, de se prémunir, d'éviter les maladies. C'est à partir de cette conception qu'est née l'éducation pour la santé³. En clair, c'est au milieu du XX^{ème} siècle, face, d'une part, au déclin des maladies infectieuses en Occident, l'importance croissante des maladies chroniques et dégénératives et, d'autre part, aux premiers résultats des études épidémiologiques mettant l'accent sur le rôle prépondérant de certains comportements apparus tels le tabagisme, l'alimentation inadéquate, l'exercice physique insuffisant que l'éducation pour la santé va connaître un essor important⁴. Ce courant de la santé publique se définit par Bouchet (2000) comme :

« un ensemble de méthodes et de démarches pédagogiques et de communication parmi d'autres (diagnostics des besoins, planification, etc.) au service de la promotion de la santé et de la prévention, pour accroître l'autonomie, la capacité de faire des choix favorables à la santé, en respectant l'estime de soi et l'attention aux autres⁵. »

L'éducation pour la santé ne se limite pas à la dimension individuelle, mais elle vise aussi à agir sur le contexte de vie des personnes et des groupes en promouvant les capacités d'actions sur l'environnement.

Dans ces interventions, l'éducation pour la santé s'appuie et ce depuis longtemps, sur la transmission des savoirs et de connaissances auprès des populations concernant les maladies et les risques dans une hypothèse rationnelle incitant à penser que si les individus connaissent les risques, ils vont adopter des comportements favorables à leurs santé. Pour exemple, depuis plus de deux décennies, le VIH/Sida s'est introduit en Afrique en particulier et dans le monde en général. Après cette irruption, les organisations, les communautés, les gouvernements, les scientifiques se sont mobilisés à travers de multiples campagnes de sensibilisation, de persuasion, de lutte, de prévention. Mais les dernières estimations du taux de prévalence au VIH

³ GREEN L., « Health education's contribution to public health in the twentieth century: a glimpse through health promotion's rear-view mirror », *Ann Rev Pub Health*, 20, pp. 67-88, 1999.

⁴ FOURNIER Pierre, « L'art et la science pour la santé publique » in *Environnement et santé publique – Fondements et pratiques*, pp. 39-57.

⁵ BOUCHET C., *Zoom sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé*, Octobre 2000.

du programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA, 2005) dans le monde ne présentent aucun signe de stabilité ni de régression. Du coup, l'information seule ne suffit pas dans l'optique d'améliorer la situation.

Ce premier échec de la communication dans la lutte contre le Sida va occasionner, dans le courant des années quatre-vingt-dix, un changement de paradigme. L'on est ainsi passé d'une conception fondée sur l'existence d'un grand public indifférencié à une vision multipolaire des publics cibles, c'est-à-dire à une communication « tous publics » fondée sur l'idée que le grand public est un agrégat de publics divers et hétérogènes⁶. Des actions de communication sont entreprises à l'endroit des populations ciblées telles les migrants issus de certains pays de l'Afrique subsaharienne où les taux de prévalence observés sont élevés et parvenus en France à la fin des années quatre-vingt-dix. Pour rappel, la raison qui sous-tend ce remodelage de la communication sur ce fléau dans les années quatre-vingt est dû au :

« fait même que l'épidémie de sida ait d'abord semblé toucher essentiellement les populations homosexuelles a préparé les esprits au fait qu'il fallait adapter les messages aux modes de vie des populations auxquelles on s'adresse. (...) Suivront donc des messages déclinés en autant de sous-cibles que nécessaire : homosexuels, mais aussi jeunes, toxicomanes, feront désormais l'objet de campagnes ciblées⁷. »

Malgré cette initiative particularisant de la communication, les actions de communication destinées aux migrants restent cependant limitées à une diffusion dans les réseaux ou médias communautaires. Au finish, après une étude des campagnes de prévention du Sida mises en œuvre dans cette période, il ressort de cela que la population migrante ne se sentait pas destinataire des messages destinés à la population générale.

En Côte d'Ivoire, la promotion et l'éducation pour la santé sont adoptées voire utilisées en vue d'améliorer la santé des populations depuis plus de trois décennies, à l'initiative des organisations internationales intervenant dans le domaine de la santé. Plusieurs décennies après, les effets réducteurs de la mortalité des populations dûs aux maladies tardent à produire les effets. Les ménages ivoiriens sont, pour la plupart, décimés par les maladies, surtout en milieu rural. Véhiculer les informations de santé demeure l'objectif premier des programmes de santé, programmes dans lesquels les canaux socio-culturels de diffusion des messages sont ignorés par les autorités sanitaires.

Aussi, la Côte d'Ivoire a-t-elle réalisé une série d'enquêtes nationales sur l'état de santé des populations. Depuis peu (2015), le gouvernement ivoirien a initié le programme de la

⁶ AÏNA Elodie, « Santé publique : mieux cibler la communication pour parler à tous », *Hommes et migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 10 mars 2016. URL : <http://hommesmigrations.revues.org/438>.

⁷ Idem.

Couverture Maladie Universelle (CNAM), tout comme la création des programmes de lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida, la lèpre, l'ulcère de buruli, les maladies métaboliques et la gratuité des soins ciblés (mère et enfants de 0 à 5 ans). Ces efforts n'ont pas encore permis d'éradiquer les inégalités de santé défavorables aux populations rurales ivoiriennes quasiment considérées comme des citoyens subalternes. L'étude analyse les principaux droits en matière d'éducation pour la santé qui sont entre autres, l'accès à l'information, la compréhension des messages, la satisfaction des demandes de santé, le confort, la confidentialité, la sécurité et la dignité humaine pour tous.

La communication reste encore aujourd'hui fortement caractérisé par une imbrication de discriminations, des rapports de pouvoirs, de contraintes et d'obligations liés au genre, au groupe social et au milieu de résidence ; d'où l'intérêt d'analyser les politiques d'éducation pour la santé publique et le niveau de compréhension des messages de santé. En effet, on peut se demander si les populations rurales ivoiriennes ont effectivement accès aux informations de santé prenant suffisamment en compte leurs niveaux de compréhension ou de savoir, dans un contexte multilingue et où le taux d'analphabétisme atteint 56,1 %. C'est dire que plus de la moitié de la population de 15 ans et plus soit 13 185 520 individus, ne savent ni lire, ni écrire dans une langue quelconque (RGPH 2014). Par ailleurs, suite à une institutionnalisation de plus en plus large de l'approche sexospécifique dans les politiques publiques de santé, il convient d'analyser l'effectivité des lois et leurs niveaux d'appropriation par les hommes et les femmes. Dans ce cas précis, nous cherchons donc à comprendre les représentations et les pratiques en matière de santé dans le monde rural, les enjeux et les dynamiques de changements de comportements.

Pour répondre à ce questionnement, cette thèse sur les langues locales et la communication pour la santé publique s'inscrit dans un champ au croisement des sciences sociales et de la médecine. Elle traite la situation de la Côte d'Ivoire dans ce domaine, en étudiant les nouvelles voies de transmission des informations liées à la santé publique à partir de différents éléments culturels observés dans le monde rural.

La théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement planifié, le fonctionnalisme, la théorie de la communication personnalisée, la traduction par la simplification mise au point par l'INADESFORMATION et l'approche de Nida constituent les approches dans le cadre théorique pour l'analyse de notre problématique.

Malgré les nombreuses campagnes et sensibilisations de lutte contre les maladies, il y a un fait important qui complique la compréhension de l'adoption de comportements nouveaux face aux pandémies chez les individus. Ce fait n'est pas le manque de connaissance sur les maladies mais l'inappropriation entre les canaux utilisés pour la diffusion des informations et les comportements observés.

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

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

Il ressort des travaux de Ajzen (1975, 1980, 1991, 2001, 2002, 2005) que la réalisation d'un comportement par une personne est fonction de son intention (désir, volonté, souhait, détermination, etc.) de le réaliser. Cet auteur a initié une nouvelle grille de lecture, d'analyse, d'explication du comportement. Cependant, il fait omission non seulement de la permanence du fonctionnement psychologique, mais aussi de la complexité et de la flexibilité du comportement humain qui, sur le plan théorique, pose depuis Watson (1913) de sérieux problèmes de prédictibilité, de contrôle, de manipulation et de prévention. La théorie du comportement planifié s'inscrivait en droite ligne du modèle binaire, il serait intéressant de savoir si l'intention garderait la même force (suprématie) dans une situation d'interaction.

Sous un angle psychosocial, l'interaction entre les sujets (partenaires) au détriment de l'intention serait aussi déterminante dans la réalisation du comportement. Le comportement ne serait plus redevable à l'intention mais plutôt à l'interaction. Il serait également important de mentionner que plusieurs facteurs influencent le comportement et que même après la production d'un comportement, il est parfois difficile de dire avec objectivité le facteur qui a provoqué ou déclenché le dit comportement.

L'utilisation des langues locales dans la communication des informations en vue de l'adoption de comportement nouveau en matière de santé qui constitue le point focal de cette recherche revêt une complexité et une flexibilité préoccupantes. Il est parfois difficile, chez les acteurs, de dire avec objectivité et sincérité l'élément principal qui a provoqué ou déclenché leur comportement (la résistance dans l'application de certaines mesures de santé dans la campagne de lutte contre l'ébola). Nous voulons bien lui appliquer la théorie du comportement planifié, dans le but de

voir, s'il est possible, de prévoir un tel comportement et ensuite voir si la théorie d'Ajzen peut s'appliquer à d'autres types de comportements humains. Si cet théoricien a accordé une priorité à la raison, la volonté, la croyance et le contrôle perçu dans la production du comportement, il est difficile de nos jours, de comprendre la résistance au changement de comportement chez les individus qui, sur le plan cognitif, sont convaincus de l'existence des maladies, des désastres de celles-ci, de leurs méfaits sur les plans humain, social et économique, et qui jusqu'ici continuent de les contracter.

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

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

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

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

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

Il va de soi que la difficulté de prédire les comportements d'une personne sur la base de ses attitudes est grande. Les chercheurs ont donc tenté de définir un certain nombre de conditions rendant cette mise en relation possible. Parmi les recherches réalisées sur cette question, celles d'Ajzen et Fishbein (1975) se rapprochent davantage de notre problématique, c'est-à-dire celle de la prise en compte du rôle d'autres variables dans la mise en acte des mesures de santé. Ajzen et Fishbein qui avaient donné à l'intention la paternité du comportement, ont compris avec le temps que l'intention, dans certains cas, subirait des pressions qui pourraient lui dérober cette paternité. Ils se sont dès lors intéressés à l'asymétrie intention – action et ont à cet effet, commis de nombreuses publications. À la suite de Ajzen et Fishbein (1975), de nombreux chercheurs, à l'instar de Conner et Armitage (1998) ; Gagné et Godin (2000) ; Godin et Kok (1996) ont également exploré la relation intention – action. Bien d'autres, à l'instar de Boer et Mashamba (2005) ; Dilorio (1997) ; Ajzen, Brown et Carvajal (2004) ; Basen-Engquist et Parcel (1992) ; Boldero, Moore et Rosenthal (1992) ; Boldero, Sanitasio et Brain (1999) ont exploré cette relation dans le but de comprendre le comportement sexuel des individus face aux maladies et dans le cadre de la prévention par la communication des informations sur celles-ci.

Lorsque nous parcourons avec beaucoup de minutie leurs travaux, nous nous rendons compte d'une manière ou d'une autre dans la majorité des cas qu'ils ont accordé une attention particulière aux déterminants des intentions comportementales, à l'application de la théorie de Fishbein et Ajzen à un phénomène ; aux renforcements des qualités / capacités prédictives de l'intention.

Notre réflexion se différencie de leurs approches parce qu'elle traite d'une situation où non seulement l'individu n'est pas isolé, mais aussi peut être influencé au moment de l'action par des variables qui imposent leurs orientations. Notre approche met en relief les insuffisances du contrôle de la communication sur le niveau de compréhension des populations et leurs actions tout en reconnaissant que la langue utilisée pour la diffusion d'un message a un effet incontestable sur le niveau de compréhension et par ricochet sur leur comportement (l'action). Nous accordons une place non négligeable à la langue, dans la mesure où l'acte de communication qui nous intéresse est un acte qui vise à faire comprendre les informations aux populations de sorte à ce que le comportement adopté par elles soient en conformité avec le but de l'action de communications sanitaires, etc., de telles dispositions peuvent également déclencher la réaction. De même, nous interrogeons les différentes composantes des attitudes et montrons que le comportement est déterminé par la dynamique fonctionnelle entre les registres cognitif, affectif et

langagier qui régulent leur fonctionnement dans la mesure où, le changement de comportement qui nous intéresse est le résultat d'une élaboration cognitive et l'action dans le sens souhaitée est le résultat d'une utilisation à propos de la langue locale comme canal de diffusion des informations de santé. Nous abordons la théorie du comportement planifié dans l'optique d'étudier les changements et les résistances au changement de comportements. Telle est la principale source de notre préoccupation scientifique. Nous voudrions bien apporter une nouvelle approche de la communication qui vise à favoriser l'intention et l'action et tout en apportant par la même occasion un souffle nouveau à la théorie du comportement planifié dans l'espoir de la rendre plus rigoureuse, plus efficace et plus compétitive.

Avec le fonctionnalisme l'on identifie pour une société ou une institution concernée par un besoin, la méthode utilisée pour le satisfaire. Elle appose à chaque fait social une ou des fonctions qui la déterminent. Pour les précurseurs de ce paradigme, une société ne doit pas être analysée à partir de son histoire mais de son fonctionnement.

« pour le fonctionnaliste, la culture, c'est-à-dire le corps complet d'instruments, les privilèges de ses groupes sociaux, les idées, les croyances et les coutumes humaines constituent un vaste appareil mettant l'homme dans une meilleure position pour affronter les problèmes concrets particuliers qui se dressent devant lui dans son adaptation à son environnement pour donner satisfaction de ses besoins. »⁸

Ce paradigme suppose donc que toute pratique ait pour fonction de répondre aux besoins des individus. Mais en même temps, c'est toujours la totalité de la société et non ses éléments séparés qui répondent aux besoins individuels d'où *« la culture est un tout indivis dont les divers éléments sont interdépendants »⁹*.

En Côte d'Ivoire, l'on observe que les langues locales ivoiriennes dans leur ensemble sont utilisées par les ivoiriens pour passer des informations à l'endroit de leur compatriotes s'exprimant dans la même langue. À l'instar de toutes les ethnies en présence sur le territoire ivoirien, les Wè et Dan utilisent leur langue pour passer des informations sur la santé au sein de leur communauté pour répondre à des besoins précis. L'intérêt de ce paradigme réside dans le fait qu'il ne faut guère séparer le fonctionnement d'une invention de la société dans laquelle elle est utilisée. La société ivoirienne est faite de plusieurs langues locales d'où la diffusion d'informations ne doit se faire sans tenir compte de celles-ci. Par exemple, il ne faut pas séparer le téléphone mobile des pratiques sociales dans lesquelles il s'insère. L'usage du téléphone, par exemple, contrairement à celui des autres médias, ne constitue pas une activité en soi. Il est toujours inséré dans des activités familiales, amicales, amoureuses, commerciales ou

⁸ Bronislaw Malinowski, *Les dynamiques de l'évolution culturelle*, Payot, Paris, pp 73, 1970.

⁹ Bronislaw Malinowski, *Une théorie scientifique de la culture*, Point seuil, Paris, 1970.

professionnelles. Les usages du téléphone portable peuvent sûrement apporter quelques informations sur le fonctionnement social d'ensemble d'une société (DIBAKANA A. 2002) ¹⁰.

La théorie de la communication personnalisée et engageante viennent apporter une clarification au processus de communication dans la société humaine. Un message est transmis d'un émetteur à un récepteur, celui-ci contient une certaine quantité d'informations ; il est transmis grâce à un certain code qui est en principe commun à l'émetteur et au récepteur. Dans la communication interhumaine, l'émetteur et le récepteur sont des sujets humains et les opérations de codage et de décodage sont des activités mentales. En effet, l'étymologie du mot communication qui évoque ici l'idée de mettre quelque chose en commun, de faire partager quelque chose, reste incomplète si l'on en restait là ; car la communication suggère en outre un échange, une réciprocité c'est-à-dire non seulement une réaction du récepteur à l'information transmise mais aussi une influence de la réaction du récepteur. Les adeptes du modèle cybernétique de la communication parlent à ce propos de « feed-back » c'est-à-dire de rétro action ou plus exactement d'alimentation en retour. C'est alors qu'on peut parler de communication « pleine » celle-ci étant une communication réciproque. C'est ce type de communication qui importe d'être développé dans la relation entre le médecin et le malade soutient. Car la question de la relation entre le bien portant et le malade est d'abord et avant tout une relation de communication et d'échange. Dans tout acte médical, la communication interactive avec le patient est donc d'une importance fondamentale. Ce paradigme se base sur des éléments comme la communication verbale, la communication non verbale, l'empathie et écouter beaucoup, expliquer beaucoup. Ainsi Adon Kouadio affirme que le dialogue médecin-malade est un processus complexe exposé à l'influence d'une diversité de facteurs qui affectent les résultats. Car la communication avec un malade est très importante lors des consultations, des informations dans le cas contraire, les insatisfactions issues d'une mauvaise communication, amènent les patients et les professionnels de santé à se faire des reproches. La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots qui sont en général véhiculés par l'expression orale.

Dans certaines situations pathologiques la communication nécessitera d'autres moyens, en particulier chez le patient sourd par exemple ou chez le patient ayant des troubles des fonctions supérieures. Les bases de la communication orale avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettront à la communication de s'établir de la manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens ; dans un entretien médical ou dans une campagne de sensibilisation sur les maladies, il y a tout d'abord le choix des termes ou expressions pour décrire la maladie, ensuite, le temps d'écoute où le médecin laisse parler le malade, enfin, le temps d'interrogatoire plus dirigiste où le médecin a besoin de préciser des éléments

¹⁰Dibakana Aimé "Usages sociaux du téléphone portable et nouvelles sociabilités au Congo" tiré de *Politique africaine* n° 85 – mars 2002.

sémiologiques indispensables à la bonne prise en charge du patient. Dans tous ces différents types de la communication entre le médecin et le malade il faut absolument que le médecin adapte son langage c'est-à-dire choisir les mots appropriés au niveau socio- culturel de son client. Malheureusement très souvent l'on note une difficulté surtout chez le médecin, utilisant des terminologies extrêmement médicales pour interroger un patient. Ensuite entre les populations communiquant en langues locales, il nous est donné de constater qu'elle ne se déroule pas sans conséquences eu égard à l'utilisation de termes en français pour désigner les maladies à l'endroit du malade qui est non-francophone.

Influencer par la communication verbale, la communication non verbale dans la relation entre le praticien et le malade ne se passe pas non plus de manière efficiente. L'intonation, la mimique, les modulations, la gestuelle, le rythme de la conversation, le regard tout cela compte autant pour une personne à qui l'on s'adresse. Autant dire que le praticien devrait maîtriser au mieux certaines de ces réactions. À l'opposé, le patient qui s'adresse à son praticien traitant, le fait avec ses réalités socio culturelles et linguistiques, son angoisse et sa souffrance. Alors, le praticien doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le message du patient et identifier la préoccupation de son patient. C'est pourquoi il doit rassurer son client pendant la consultation qui se trouve au début et à la fin de la guérison. Ces dispositions sont indispensables à l'harmonie entre les populations. Ainsi le malade est dans les dispositions à s'ouvrir aux autres. Etant entendu que bien souvent certaines demandes, certaines plaintes ne sont exprimées qu'à la fin de la consultation. Il faut donc éviter de part et d'autre tout sentiment de mépris. D'où l'instauration de l'indiscutable et incontournable empathie lors de la diffusion d'informations sur les maladies. Pour mieux informer, toute personne doit se mettre à la place de son interlocuteur afin de percevoir ce que celui-ci ressent.

La traduction par la simplification, mise au point par l'INADESFORMATION, repose sur le français fondamental. C'est une méthode utilisée surtout dans la traduction vers les langues nationales africaines. La simplification se fait en transformant les deux éléments qui constituent la structure superficielle de la langue, à l'origine de sa complexité, à savoir le vocabulaire et la syntaxe. Le transfert est suivi par la restructuration du texte qui consiste à reconstituer l'ensemble du texte en respectant les principes suivants :

1. le style du texte simplifié doit être correct ;
2. le français fondamental se rapproche du langage oral ;
3. la signification et l'ordre logiques des propositions doivent être gardés ;
4. les relations temporelles du texte doivent être restituées ;
5. le style du texte simplifié doit garder le ton du texte initial ;
6. les expressions triviales ou trop familières sont à proscrire ;

7. le rythme et l'euphonie du texte doivent être respectés.

La traduction par la simplification avec ses trois phases (analyse, simplification et restructuration) ressemble à la méthode interprétative, qui en compte également trois (interprétation, déverbalisation et reformulation). Toutes les deux méthodes cherchent à extraire le sens du texte source pour le ré-exprimer dans la langue cible. Toutes deux s'inspirent du langage oral.

La simplification terminologique est l'approche proposée par Ilboudo dans le cadre de la traduction technique dans les langues nationales. Dans toute entreprise de traduction dans les langues nationales la simplification des concepts constitue un préalable indispensable. Dans le cadre de la production des documents en langues nationales portant sur les instruments de gestion et de formation au profit des coopératives rurales, il indique la démarche à suivre après la traduction des termes en français simple. La traduction dans les langues nationales doit être précédée par la traduction des termes techniques en langues nationales, qui se déroule en trois phases : la recherche terminologique, le dépouillement et le pré-test des néologismes.

La recherche terminologique comporte trois pistes. La première concerne les coopérateurs. Il s'agit d'une recherche auprès des membres des institutions bénéficiaires de la traduction, en particulier les membres monolingues. La seconde piste est celle des spécialistes maîtrisant la langue nationale et le domaine coopératif. La troisième piste est une recherche documentaire qui permet de trouver des données et des termes pour la traduction de concepts. Dans la mesure où la phase de recherche terminologique peut aboutir à la collection de plusieurs termes, la phase de dépouillement, qui doit associer la structure juridique responsable des langues nationales (académies ou commissions nationales des langues), vise à guider le choix du terme le plus adéquat selon les critères de dépouillement et de sélection suivants : la conformité avec la structure de la langue, l'adéquation notionnelle afin de s'assurer que le nouveau terme cerne de près la notion à traduire et éviter ainsi de retenir des traductions erronées, la facilité de compréhension, l'acceptabilité par les locuteurs et la brièveté du terme.

« La terminologie ayant une fonction essentielle de communication, il y a lieu de se préoccuper du degré de compréhension, de l'acceptabilité, de la conformité avec la structure de la langue et de l'adéquation notionnelle des néologies proposées » (p.31).

La traduction par la simplification présente de nombreux avantages que la Côte d'Ivoire peut exploiter. Elle est une méthode orientée vers la langue et la culture cibles, en particulier les langues et les cultures africaines. On est tenté de dire que les conseils pratiques que formule la traduction par la simplification se font l'écho de la théorie de Nida selon laquelle le sens ou le message doit être privilégié par rapport à la forme en cas de conflit entre les deux.

L'approche de Nida envisage la traduction comme étant celle d'une langue source vers une langue cible, Nida abandonne les notions *cible* (target) et *langue cible* (target language) au profit de celles de *récepteur* et de *langue réceptrice*. L'utilisation d'une telle terminologie témoigne du souci de l'auteur de rattacher sa théorie de la traduction à celle de la théorie de la communication et d'adapter le message biblique à la mentalité de chaque peuple. Cependant, il est nécessaire de distinguer dans l'approche de Nida une évolution d'une théorie linguistique vers une théorie sociolinguistique de la traduction. Le traducteur doit avoir une approche générative de la langue, la clé devant lui fournir le moyen de générer le texte cible. Étant donné que les langues sont fondamentalement différentes les unes des autres en ce qui concerne le sens des symboles qui la composent ou l'organisation de ces symboles eux-mêmes, Nida en conclut qu'il ne saurait y avoir de correspondance absolue entre langues et il envisage deux types d'équivalence : l'équivalence formelle et l'équivalence dynamique qui peuvent influencer la manière de traduire. L'équivalence formelle accorde une importance à la forme et au contenu du message. Ce type de traduction est tourné vers le texte source. Cela vise à exprimer de la façon la plus naturelle possible le message en prenant en compte la culture du destinataire du message. Elle cherche à produire chez le destinataire du texte cible un effet équivalent à celui produit chez le destinataire du texte source.

La théorie de Nida et son concept d'équivalence sont sans doute guidés par des considérations pratiques et d'ordre religieux. En effet, pour que la mission évangélisatrice puisse porter des fruits, la traduction de la Bible dans les différentes langues est nécessaire. Les chances de succès seront d'autant plus grandes que le message de Dieu est prêché dans une langue qui prend en compte la culture des locuteurs de cette langue. Mais l'effet équivalent comme visée de la traduction est problématique à cause justement de ce décalage culturel, historique et même parfois géographique entre culture du texte cible et celle du texte source.

Les énoncés diffusés en Wôbé et Yacouba en Côte d'Ivoire dans un contexte déterminé ne produiront pas les mêmes effets sur les lecteurs et auditeurs de cette langue que ceux diffusés en français auront sur des Occidentaux ou des Ivoiriens éduqués dans la langue et la culture françaises.

Par conséquent, il n'est pas réaliste de demander au destinataire de la traduction d'un texte produit dans un contexte et un espace culturellement et historiquement différents de réagir au message de la même façon que le destinataire du texte source. Nul doute que Nida, en introduisant les concepts d'équivalence formelle et d'équivalence dynamique, a réussi à changer le cours des débats dans le domaine de la théorie de la traduction qui demeure hantée par la dichotomie entre traduction mot à mot ou littérale et traduction sens pour sens.

L'importance de l'approche de Nida pour notre étude réside dans sa conception sociolinguistique de la traduction. Certes, sa théorie est plus orientée vers la traduction biblique. Mais dans la mesure où elle intègre dans son approche les aspects culturels, elle peut contribuer à notre analyse des rapports entre langue et culture dans la traduction médicale en Côte d'Ivoire. Car toute communication, pour être efficace doit respecter le *génie* de chaque langue.

Sous le vocable « santé publique » apparaissent plusieurs domaines dont la recherche en sciences sociales rend compte dans une perspective de changement social. L'éducation ou communication pour la santé est un domaine de recherche initialement investi par les médecins, avant qu'ils ne soient rejoints successivement par les sociologues, les anthropologues, les psychologues et plus récemment par les sciences de l'information et de la communication. Les relations complexes entre les informations de santé, code langagier, les attitudes ou comportements souhaités dans le domaine de la santé et notamment dans le domaine de la prévention ont fait l'objet de nombreuses recherches en sciences sociales. La communication fait donc l'objet de nombreuses recherches dans différentes sphères scientifiques. Plusieurs chercheurs se sont ainsi intéressés à la problématique de la communication en matière de santé. Il est de nos jours difficile de recenser toutes les publications faites sur la question et il serait encore très difficile dans cette thèse de convoquer l'ensemble des travaux publiés sur la problématique qui a retenu notre attention. Néanmoins dans les lignes qui suivent, nous énonçons quelques travaux sur la question.

Dans *Communication et santé : des paradigmes concurrents* Renaud Lise et Carmen Rico de Sotelo relatent l'évolution des approches de communication en matière de santé. Selon elles, la communication pour la santé a eu recours à plusieurs approches dans sa mise en œuvre à savoir : l'approche de la modernisation ou modèle linéaire de changement de comportement ; l'approche de la dépendance ou la conscientisation et l'*empowerment* (la conscientisation des groupes et l'éducation populaire qui deviennent des concepts clés sur lesquels reposent certains projets de communication en santé publique) et l'approche du nouveau développement ou la participation et le co-développement. Cependant, après le déploiement de tant de programmes utilisant les communications pour la santé, pourquoi les problèmes socio-sanitaires persistent-ils ? L'article fait ressortir une coexistence d'approches théoriques différentes et parfois opposées selon les écoles. Il demeure que la communication comme vecteur de changement de comportements semble rester l'axe théorique dominant dans le domaine de la santé.

L'anthropologue C. PAIRAULT pense par ailleurs qu'au bout du compte, l'éducation pour la santé cesse d'être conçue d'abord comme une entreprise de fabrication et de distribution de messages. Et s'appuyant sur M. MCLUHAN, il soutient qu'enfin, le message doit être travaillé, ce qui suppose non seulement une grande attention donnée aux fonctions d'expression et de

communication, mais, en même temps qu'un usage pertinent du langage articulé, le recours indispensable aux langages des gestes, des œuvres et des actes. En clair, en se référant à quelques expériences bien différenciées, l'auteur illustre la nécessité d'une communication qui, en vue de l'éducation pour la santé, ne doit pas seulement accompagner l'exécution d'un programme, mais prélude à sa conception et à sa mise en œuvre.

Dans « Prévention du VIH/Sida : nécessité d'un changement des pratiques communicationnelles » in *Sciences-Croisées Numéro 9 : Contributions libres*, YAHAYAA. M. estime qu'il ne suffit pas d'avoir les bonnes connaissances sur la maladie pour avoir les bons comportements. L'ambition de sa recherche est de proposer un nouveau cadre théorique et pratique dans une perspective communicationnelle innovatrice en matière de prévention du VIH/Sida. À partir du Niger, un pays de l'Afrique de l'Ouest, la méthodologie utilisée pour l'enquête-terrain est une approche centrée sur la recherche-action. L'étude a été conduite dans dix ONG, associations et réseaux de lutte contre le VIH/Sida dans la ville de Niamey. Les sujets récepteurs, notamment les jeunes nigériens âgés de 15 à 24 ans ont été sollicités. Cette tranche d'âge a constitué la cible d'analyse en raison principalement de son extrême vulnérabilité¹¹, son poids démographique important¹², sa sexualité précoce et sa faible utilisation du préservatif¹³. Elle a opté pour une méthodologie plurielle¹⁴. L'étude a été ainsi menée sur la base des méthodes herméneutiques¹⁵, portant sur des entretiens qui ont été réalisés au cours d'une observation participante et d'une recherche-action, auprès d'un échantillon représentatif. En réponse aux perspectives qui se développent actuellement en Sic¹⁶, pour voir si l'on gagnerait en efficacité dans les changements comportementaux face au Sida, elle a adopté l'approche quasi expérimentale et herméneutique. La conduite d'une recherche-action lui a ainsi permis de comparer les résultats d'une situation de « communication classique » ou « persuasive » à ceux d'une « communication engageante ». À la fin de cette étude, elle aboutit au résultat que les facteurs culturels, les normes et représentations modèlent les croyances, non seulement religieuses, mais également les relations en matière de Sida. Dans la mise au point de n'importe quelle stratégie notamment dans la lutte contre le VIH/Sida, l'influence de la culture est à

¹¹ Ces jeunes sont économiquement les plus menacés car ils arrivent sur un marché de l'emploi de plus en plus saturé. Culturellement, ils souffrent du poids des coutumes et valeurs traditionnelles, sans compter que, démographiquement, ils sont les plus menacés par les maladies, dont le VIH/Sida.

¹² Les jeunes nigériens âgés de 15- 24 ans constituent 18,1% de la population totale.

¹³ Un jeune nigérien sur dix a déclaré avoir utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel au cours des six derniers mois en 2007.

¹⁴ A ce propos, nous suivons Bernard & Joule (2005) qui soulignent que les recherches en Sic font couramment usage d'un pluralisme méthodologique.

¹⁵ Nous suivons toujours Bernard et Joule (2005) à ce propos. Ces chercheurs soulignent également que les travaux en Sic s'inscrivent dans une perspective herméneutique.

¹⁶ L'élargissement du pluralisme méthodologique, théorique et pratique permet aux Sic d'appliquer dans leurs recherches, grâce aux ressources théoriques de la psychologie sociale, la méthode expérimentale ou quasi expérimentale impliquant une recherche-action en milieu naturel. Cette démarche suppose la comparaison entre deux conditions ou situations.

prendre en considération (Masse, 1995) parce qu'elle peut constituer un déterminant de la santé et, en même temps, une barrière à la prévention. C'est dire combien les mentalités et croyances, symboles et rites interviennent dans la capacité des individus à changer leurs comportements.

De plus, l'article intitulé « La santé en situation linguistique minoritaire » de L. BOUCHARD, I. GABOURY, M.-H. CHOMIENNE, A. GILBERT et L. DUBOIS (Healthcare Policy Vol.4 No.4, 2009), c'est évertué à montrer que la situation linguistique minoritaire par-delà les déterminants socioéconomiques influence négativement les états de santé perçus. L'analyse se fonde sur un échantillon d'adultes de 25 ans et plus (76 674 hommes dont 3450 francophones et 92 734 femmes dont 4729 francophones). Afin de déterminer les groupes linguistiques francophone et anglophone, un algorithme permettant de filtrer les individus à partir des variables présentes dans l'ESCC (Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes) a été créé : la langue de conversation, la langue maternelle, la langue de l'entrevue et la langue de contact préférée lors de l'enquête. Cette méthode a permis de distinguer le plus clairement possible les groupes à partir de la langue parlée et préférée et de retenir uniquement les personnes qui parlent le français (francophones ou nouvellement immigrées) ou l'anglais (anglophones, francophones s'exprimant en anglais et/ou nouvellement immigrées). Le mode de collecte de données s'est déroulé par appel téléphonique ou sur place. Les résultats confirment que la minorité francophone se perçoit en moins bonne santé que la majorité anglophone. Des résultats similaires ont été observés quant à la minorité anglophone québécoise. En ce qui concerne la relation entre la situation minoritaire et la santé perçue, les modèles de régression montrent qu'en tenant compte des différences de structure d'âge, les francophones minoritaires sont moins enclins à déclarer une bonne santé que les anglophones majoritaires, tant chez les hommes (RC 0,66; IC 95 % 0,60, 0,73) que chez les femmes (RC 0,83; IC 95 % 0,75, 0,92). Chez les femmes, cet écart diminue suite à l'ajustement des variables de style de vie (RC 0,88; IC 95 % 0,79, 0,98) et disparaît après avoir ajusté pour le revenu et l'éducation (RC 0,95; IC 95 % 0,85, 1,07). Pour les hommes, l'écart demeure significatif après avoir ajusté pour l'ensemble des variables du cadre conceptuel (RC 0,83; IC 95 % 0,72, 0,95¹⁷). Cela montre l'influence de chaque bloc sur la relation entre la situation minoritaire et la santé perçue. Ces résultats soulèvent un fait important qui n'avait jamais été exploré dans le contexte canadien des langues officielles. Comme l'a amplement démontré la littérature, l'âge, le sexe, le revenu sont les principaux déterminants de la santé mais le fait de vivre en situation linguistique minoritaire n'avait pas, jusqu'à maintenant, été documenté. Ainsi, le rapport minoritaire/majoritaire semble traduire une inégalité sociale et d'accès aux ressources qui, traversée par les autres déterminants sociaux de la santé (statut socioéconomique, éducation et littératie, immigration) contribue de facto aux disparités de santé.

¹⁷Statistique Canada, Étude : Alphabétisme et minorités de langue officielle, in Le Quotidien du 19 décembre 2006.

Enfin, dans « La culture et la langue: des déterminants sociaux de la santé des Premières Nations, Inuit et Métis » in *Déterminants sociaux*, le Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone du Canada (2004) pense que la culture et la langue influencent nos perceptions et nos expériences de la santé et de la maladie. La culture est un système de connaissances dynamique et adaptatif qui est appris, partagé et transmis d'une génération à l'autre. Elle se reflète dans les valeurs, normes, pratiques, symboles et modes de vie et autres interactions sociales¹⁸. Elle est le fondement de l'identité individuelle et collective, et son érosion peut affecter la santé mentale et le bien-être, conduisant à la dépression, à l'anxiété, à l'abus de substances ou même au suicide¹⁹. La langue est un «véhicule de culture», et le moyen par lequel les connaissances, les habiletés et les valeurs culturelles sont exprimées et maintenues. L'extinction de la langue, en particulier chez les peuples autochtones, est une forme de «bouleversement et d'oppression» qui porte atteinte à l'identité, au bien-être, à l'estime de soi et à l'autonomie, qui tous sont des éléments de guérison au niveau individuel et collectif²⁰. La conservation et la continuité de la langue sont critiques à la revitalisation de la culture et à la survie des peuples autochtones²¹. Pour les Autochtones²² vivant au Canada, qui portent un fardeau disproportionné de maladies, la culture et la langue sont essentielles à l'amélioration des conditions de santé.

Ces quelques travaux susmentionnés dressent un inventaire des moyens à utiliser pour faire parvenir, dans la communication pour la santé publique, un message spécifique à une cible donnée sur le continent africain : les langues locales, identité culturelle des africains dans leur majorité.

En Côte d'Ivoire, la communication publique se développe et des programmes d'information, éducation, communication (IEC) sont mis en œuvre afin de sensibiliser les populations, notamment aux conséquences des maladies, aux méfaits et aux risques de contamination qu'elles présentent. Les institutions telles que les communes, les organisations non gouvernementales (ONGs), les institutions spécialisées s'impliquent en informant les citoyens par des moyens divers (Gouba, 2000 ; Balima, 2000). L'outil souvent utilisé pour maîtriser ces phénomènes, pour lutter contre ces maux, est la campagne d'information. Elle vise à apporter de nouvelles

¹⁸ Kreuter, M.W. & McClure, S., *The role of culture in health communication*, Annual Review of Public Health, 25: 439-455, 2004.

¹⁹ Kirmayer, L.J., Brass, G.M., & Tait, C.L., *The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community*, Revue canadienne de psychiatrie, 45(7): 607-616, 2000.

²⁰ Cohen, B. *The spider's web: Creativity and survival in dynamic balance*, Canadian Journal of Native Education, 25(2), p. 143, 2001.

²¹ Battiste, M. & Henderson, J., *Protecting Indigenous knowledge and heritage: A global challenge*, Saskatoon, SK: Purich Publishing, p. 48, 2000.

²² «Autochtone» dans ce feuillet d'information réfère de façon collective aux Autochtones du Canada, incluant les membres des Premières Nations, les Inuit, et les Métis (tel que décrit dans la section 35(2) de la Loi constitutionnelle, 1982). Lorsque possible, nous fournissons les noms et les données spécifiques aux différents groupes ou communautés.

connaissances, à déclencher une prise de conscience. Des moyens financiers, humains et matériels sont déployés à ces fins. Les auteurs de ces campagnes conçoivent des supports de sensibilisation aussi variés que des spots radio et télévision pour ce qui est des médias de masse et des images éducatives ou des causeries-débats en termes de communication de proximité. Mais ces nouveaux moyens n'ont pas de réelle efficacité comme on peut le constater au niveau des comportements : malgré les multiples campagnes de sensibilisation, la mobilisation de l'État, des organisations et des associations, les publics cibles n'ont pas véritablement changé d'attitude vis-à-vis des maladies. Elles (les maladies) constituent étiologiquement de réels problèmes de santé publique non seulement, là où elles se manifestent mais aussi, à l'échelle internationale. L'analyse de la situation laisse entrevoir de graves répercussions sur les systèmes économiques des pays où elles sévissent, dans la mesure où leurs effets annihilent les progrès économiques réalisés, sapent les efforts de développement nationaux et transnationaux.

En attendant l'éradication totale des maladies, des stratégies d'actions préventives sont mises en œuvre notamment par l'État à travers le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS) et par certaines Organisations Non Gouvernementales (ONGs), à l'effet d'empêcher les maladies de gagner du terrain en Côte d'Ivoire. C'est le cas de la prévention de l'Ebola en terre ivoirienne qui repose sur la sensibilisation des populations y compris celles de l'ouest où les risques épidémiologiques sont notoires. Jusqu'à ce jour, les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale généralement fondées sur des campagnes de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) des communautés rurales et urbaines utilisent le français comme langue. Cette multitude de campagnes de promotion et de sensibilisation en vue de favoriser l'augmentation des connaissances des populations sur les maladies connaissent des résultats mitigés. Les causes de la propagation des maladies sont principalement l'incidence élevée de la pauvreté et la détérioration des revenus et conditions de vie et surtout le faible niveau de connaissance des populations de leurs modes de transmission et des méthodes de prévention et l'ignorance de la part des promoteurs des perceptions et pratiques socioculturelles des populations (Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2015).

Une observation des activités de sensibilisation des populations rurales et urbaines laisse apparaître que l'instrument de communication et de mobilisation sociale en matière de santé le plus utilisé sur le terrain est le français. Son usage comme langue d'information, de sensibilisation et de communication, dans le cadre de la lutte contre les maladies en milieu multilingue en général et Dan et Wê en particulier constitue une difficulté majeure dans la compréhension, des messages de prévention diffusés par les locuteurs de ces langues locales et du coup, on ne peut pas espérer un changement de comportements chez ceux-ci. Cette difficulté est

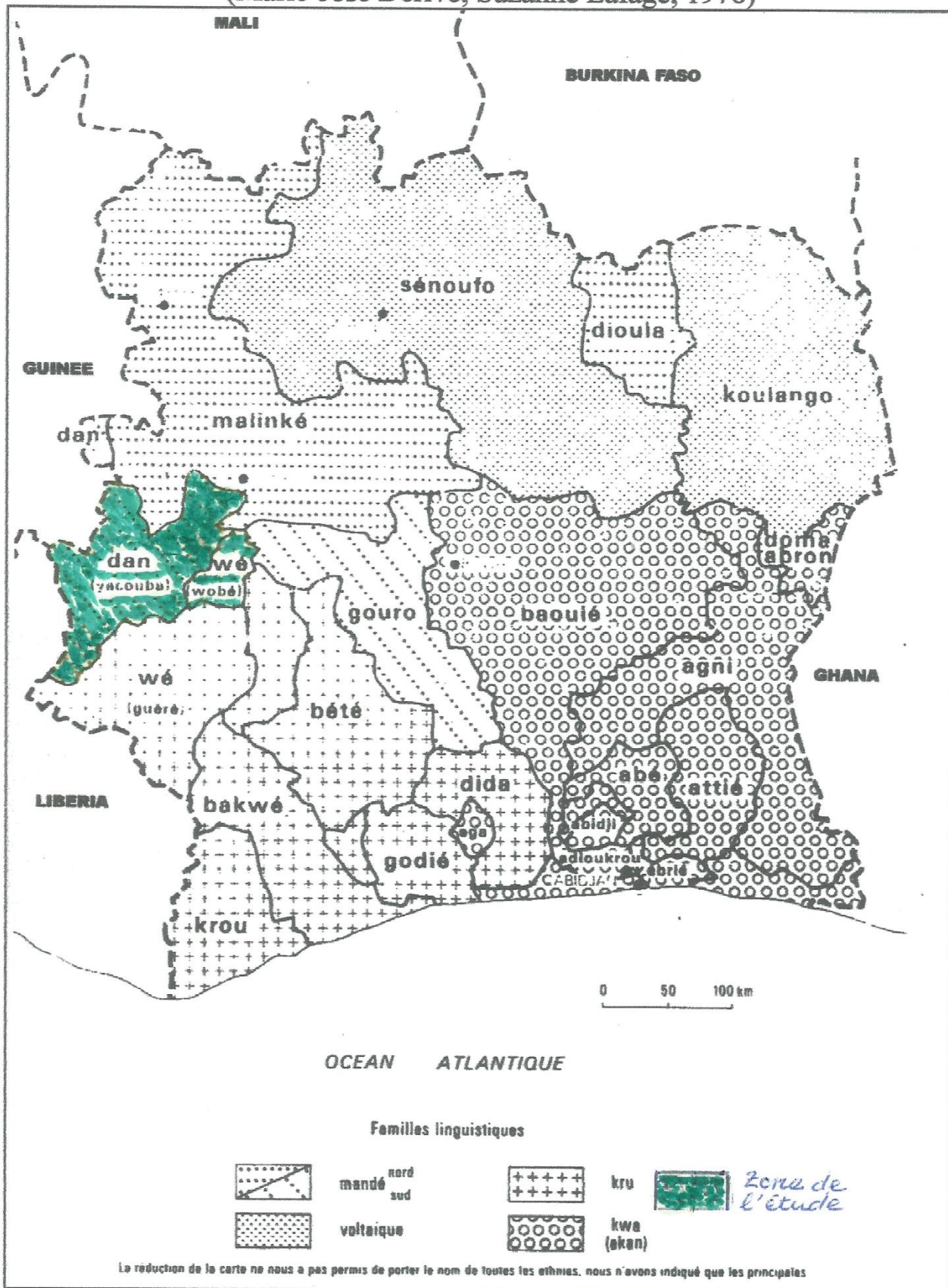
liée à la situation d'analphabétisme qui touche à 80% ces communautés. À cela, s'ajoute les obstacles socioculturels dans le transfert des savoirs-clés en langues Wê et Dan.

Pourtant, la langue française ne semble pas le code langagier le plus efficace pour la transmission de connaissances médico-sociales des maladies; connaissances totalement étrangères aux langues et aux réalités locales des communautés analphabètes ou non-francophones. Dans les milieux Wê et Dan, lorsque des locuteurs analphabètes ou non-francophones se mettent en contact avec des personnes qui ne parlent pas leurs langues et/ou qui parlent le français, il se pose un problème de communication et de compréhension que seul un langage adapté à la situation de communication et au milieu socioculturel pourrait résorber. C'est pourquoi, dans la procédure de transfert de savoirs spécifiques relatifs à la prévention des maladies, le langage permettant « *d'éviter les fausses équivalences et les écueils interprétatifs* » devrait être adopté (Thomas Bearth, 2014).

La population ivoirienne est caractérisée par sa diversité ethnique (voir la carte des principales langues de Côte d'Ivoire ci-après). La documentation scientifique distingue cinq grands groupes formés sur les critères linguistiques. Par ordre d'importance selon le dernier recensement, ce sont les :

- Akan (39.9%) ;
- Voltaïque (9,6 %) ;
- Mandé du nord (16,0 %) ;
- Krou (23,0%) ;
- Mandé du sud (12,1 %).

CARTE DES PRINCIPALES LANGUES DE CÔTE D'IVOIRE (Marie-José Derive, Suzanne Lafage, 1978)



L'objet de notre étude porte sur la problématique de l'enjeu de la langue locale comme élément fondamental dans l'élaboration, la sensibilisation et la mise en œuvre de toute communication pour la santé publique chez les Wè et Dan. L'adoption des messages de santé, le changement et la résistance au changement du comportement face aux maladies en dépendent.

L'usage des langues locales à l'instar du Dan et Wè dans la communication pour la santé en Côte d'Ivoire constitue le noyau de la présente thèse. En se focalisant sur la communication pour la santé au niveau micro de la communauté locale, la présente thèse se penche sur un problème aux répercussions à large portée pour l'état de santé des populations et la société prise dans sa globalité dans la mesure où cela participera tout d'abord à la promotion des langues et partant de la culture ivoirienne. Ensuite, de l'appropriation ou l'adoption des messages de santé par les populations favorisant du coup le changement de comportements de celle-ci.

En dépit des nombreuses campagnes de sensibilisation et de lutte contre les maladies mises en œuvre par les différents acteurs et organismes en Côte d'Ivoire, le constat est qu'il existe un réel déficit d'appropriation des messages sanitaires à l'endroit des populations cibles. De même ces messages font l'objet d'interprétations diverses de la part des citoyens en milieu rural. Il existe en Côte d'Ivoire des barrières linguistiques et culturelles entre les différents acteurs en matière de santé. Il y a, d'une part, les autorités politiques, les institutions et le personnel de santé, dont la langue de travail est le français et qui ont une conception moderne de la santé basée surtout sur celle de la médecine occidentale, et, d'autre part, les patients et de manière générale les non-francophones qui s'expriment essentiellement dans les langues locales et dont la conception de la santé reste encore traditionnelle, c'est-à-dire sous l'emprise de la tradition et des croyances religieuses.

Notre thèse pose le problème de la résistance au changement de comportement chez des personnes qui ont préalablement été sensibilisées dans la langue française autres que les langues locales allant dans le sens du changement par l'adoption des comportements prescrits dans le cadre de la prévention. Elle fait le constat d'une inconsistance théorique entre la langue, l'intention et l'action a utilisé pour amener les hommes à agir dans le sens voulu.

Le système de santé décentralisé montre un ensemble de carence, de déficit et de disparités selon les milieux de résidence au niveau communicationnel. Il ne capitalise pas les ressources locales comme les langues locales. Cette situation soulève la pertinence d'un ensemble de questions de recherche :

- **Comment à partir des langues locales ivoiriennes, on pourrait apporter des solutions aux différents problèmes de la santé publique ?**

- **Quelles sont les ressources dont disposent les langues locales africaines en général et les langues Wê et Dan susceptibles d'être utilisées dans la communication pour la santé publique en Côte d'Ivoire ?**

L'intérêt de notre étude réside dans le fait que désormais l'éducation ou la communication pour la santé doit se faire dans les langues locales des communautés cibles, de sorte à accroître les connaissances en matière de santé de ces communautés. Avec cette recherche, nous espérons faire avancer un tant soit peu la recherche scientifique sur l'étude de l'impact des messages publics et également participer à l'élaboration d'une communication plus efficace par le biais des campagnes de sensibilisation. La communication pour la santé publique est restée longtemps marginalisée au profit d'autres formes de communication telle que la publicité. Le combat quotidien doit être essentiellement mené à deux niveaux à savoir au niveau technique (transmission du message) et au niveau de l'acceptation du message véhiculé. Ainsi pensons-nous apporter notre contribution, si modeste soit-elle, à l'évolution de la communication pour la santé publique qui a tout à gagner. La présente étude n'a pas la prétention de s'imposer comme une vérité unique, ni de remettre en cause les études déjà existantes. Nous nous proposons simplement d'apporter des éléments susceptibles d'enrichir la réflexion sur la communication. Cette étude se propose d'examiner l'influence des langues locales sur la communication pour la santé publique. De manière spécifique, il s'agit pour nous de :

- Comparer les attitudes des populations ayant reçu une sensibilisation ou une communication sur une pathologie donnée en langue française et celle donnée à la même population cette fois en langue Dan (Yacouba) puis en langue Wê;
- mesurer le niveau de compréhension des langues locales d'une part et de la langue française d'autre part des populations cibles ;
- proposer les ressources dont disposent les langues pour leur utilisation dans la communication pour la santé publique.

Nos recherches exploratoires nous ont fourni quelques premiers éléments de réponse. Des hypothèses sous-tendent le présent travail. L'hypothèse générale sur laquelle se fonde notre étude énonce que les langues locales ont une influence sur les populations qui ont en partage ces langues à savoir le Wê et le Dan (Yacouba). Il y a une inadéquation entre les messages, les canaux choisis et la plus grande majorité de la population ivoirienne, c'est-à-dire les populations rurales. Nous pensons que le manque d'impact des campagnes de santé réside dans la difficulté des publics à recevoir les messages, et surtout à les accepter.

Des hypothèses opérationnelles découlent de notre étude. Ces hypothèses sont stratifiées en variables dépendantes et indépendantes.

En effet, au niveau de l'accessibilité des messages, les informations véhiculées en français touchent un public restreint (plus de 50% de la population ne comprend pas et ne parle pas la langue officielle qu'est le français). Le public touché est un public averti et rassemble des individus s'intéressant particulièrement aux problèmes de la santé. D'autre part, les conditions techniques (radio et surtout télévision ne couvrant pas la totalité du territoire) et matérielles (incapacité de se procurer un poste de radio et plus encore un poste de télévision) limitent aussi objectivement l'accès aux messages. Cette situation favorise l'exposition des citoyens aux messages au détriment des publics ruraux. Ces derniers devraient pourtant constituer les cibles privilégiées pour deux raisons principales. D'une part, c'est dans les zones rurales que les maladies sévissent. Les populations rurales sensibilisées sur une pathologie donnée en langue française ont des attitudes différentes par rapport à celles sensibilisées dans leur langue locale à l'instar des Wê et Dan. Les personnes rurales ayant reçu les informations et recommandations sanitaires en langue française ne les appliquent pas eu égard à leur faible niveau de compréhension de ladite langue. Celles-ci se trouvent à banaliser, à négliger les précautions ou conseils à eux fournis. Les personnes qui ne parviennent pas à communiquer leurs inquiétudes concernant leur santé ni faire valoir leurs besoins rencontrent des obstacles importants dans la recherche et l'obtention de soins de santé appropriés. Par contre, celles ayant été sensibilisées en langues locales (Wê et Dan) se comportent mieux et adoptent les pratiques conseillées en matière de santé. La variable dépendante est l'adoption de bonnes attitudes pour éviter les maladies et la variable indépendante est le choix du code ou langue de communication.

Aussi, les langues locales africaines en général et celles de la Côte d'Ivoire en particulier à l'instar de Wê et Dan ont des répertoires de termes sanitaires des maladies en leur sein. Le rôle important des langues locales dans la communication quotidienne est indéniable et elles doivent être utilisées à-propos dans la communication pour la santé publique. Ainsi, estimons nous qu'une communication en langues locales dans le cadre de la communication pour la santé est efficace dans la mesure où elle intègre les ressources langagières locales constituant la culture de la population cible. Les langues locales Wê et Dan regorgent de ressources qui peuvent être utilisées dans les campagnes de communication en matière de santé publique dirigées ou destinées personnes ayant en partage ces langues. Les populations partageant une même langue locale appliquent les recommandations des organismes internationaux diffusées avec les ressources langagières locales. Dans cette hypothèse, la variable dépendante est la communication pour la santé publique en langue locale et la variable indépendante est l'usage des ressources langagières locales.

Enfin, concernant l'acceptation des messages, les populations expriment souvent un rejet (de par leurs croyances et coutumes) de ces messages ce qui rend le changement d'attitude difficile.

Elles s'adonnent à cœur joie à la résistance au changement de comportements. La mal information réside dans le fait que les caractéristiques et croyances des individus ne sont guère prises en compte dans les campagnes de sensibilisation sanitaire. Dans cette hypothèse, la variable dépendante est le changement de comportement et la variable indépendante est les croyances, les us et coutumes des populations.

En résumé, les faiblesses de la source d'information (IEC), l'inadéquation du canal d'émission, et la faible réceptivité à l'information constituent des obstacles notables à l'efficacité des campagnes.

Cette recherche a pour cadre d'étude les régions du Tonkpi et du Guémon précisément les communautés rurales Wè et Dan (Wôbé et Yacouba) de Danané, Facobly et Kouibly.

D'un point de vue méthodologique, elle fait une combinaison des méthodes quantitatives et qualitatives à travers des outils de collectes comme le questionnaire et l'entretien. Ces outils permettent de collecter des informations auprès des individus, des leaders communautaires et des autorités coutumières et sanitaires au niveau local.

Notre étude est subdivisée en deux grandes parties. Dans la première partie, la thèse procède à l'inventaire des théories sociales en matière de santé ainsi que les politiques de communication pour la santé publique mises en œuvre en Côte d'Ivoire ; des approches méthodologiques et opératoires ; définir, opérationnaliser et dégager les considérations générales sur les principaux concepts de notre étude. Nous allons présenter la population d'enquête, les techniques d'échantillonnage, l'instrument d'investigation, les outils de traitement des données, le déroulement de l'enquête. Et enfin explorer la théorie de la communication personnalisée, principale grille de lecture théorique de notre étude en rapport avec la théorie du changement de comportement et la théorie du comportement planifié. Nous procédons à l'exploration, la description et l'analyse des facteurs liés à la résistance à l'application des mesures de santé et à la mise en évidence de l'effet et du rôle de la variable intermédiaire à savoir la langue sur l'altération du fonctionnement communicationnel et leurs répercussions sur les attitudes, les intentions, les comportements et la résistance aux mesures de santé.

La deuxième partie quant à elle fait une présentation des systèmes de communication des communautés Wè et Dan ; et des résultats obtenus, leurs analyses, leurs interprétations et l'ouverture de débats théoriques (scientifiques) que ces résultats suscitent en termes de discussion, tout en restant fidèle aux exigences scientifiques requises.

PREMIÈRE PARTIE

**CADRE THÉORIQUE ET
CONCEPTUEL.**

Chapitre I : FONDEMENTS SOCIO – ANTHROPOLOGIQUES DE LA SANTÉ

1.1. REPRÉSENTATIONS POPULAIRES DE LA SANTÉ

La conception de la maladie dans les sociétés africaines repose sur une double réalité matérielle et immatérielle, c'est-à-dire la réalité visible et invisible. La réalité visible est celle à laquelle nous participons à travers ce que nous voyons, sentons, et écoutons. Quant à la réalité invisible, il est impossible d'y avoir accès sauf si l'on y est initié. Comme le souligne Pabingui Gondje : *« la Santé repose sur l'équilibre entre le monde de l'invisible et du visible. La maladie c'est plutôt le résultat d'une rupture de l'équilibre entre le monde visible et du monde de l'invisible. La Santé n'est pas que biologique, et physiologique, elle est également sociale. La Santé c'est la paix, le bonheur »*.²³

Les humains dans leur ensemble ont une conception bien plus ou moins unanime de la maladie, de la santé. Avec eux, toute maladie peut avoir une origine naturelle ou mystique en fonction du degré de gravité c'est-à-dire qu'une maladie naturelle n'est souvent pas grave et ne nécessite pas de soins spécifiques, la médecine populaire suffit à la guérir. Par exemple, la toux, la diarrhée, le furoncle, etc. Cependant, toute maladie entraînant la mort cesse d'être considérée comme naturelle. L'on voit par-là que les populations attribuent des origines aux maladies qui minent leur existence le plus souvent au surnaturel. Elles pensent de façon générale que le plus souvent les maladies sont dues soit aux génies de la nature, soit à la transgression des interdits ou de tabous, soit au mauvais sort, soit à un ensorcellement, etc. Une telle situation permet d'assister à la prédominance des considérations culturelles dans la perception de la maladie chez les peuples africains.

Une telle prédominance est d'autant positive en ce qui concerne la solidarité clanique dans la recherche des solutions, autant elle laisse peu de place à la responsabilité individuelle (sauf dans le cas d'une participation mystique de l'individu à son propre mal). Mais, elle est d'autant négative dans la mesure où l'on assiste à l'effacement de la responsabilité de l'être malade et en attribuant au sorcier ou à un être mystique tous les maux, même ceux que l'on pouvait prévenir, comme les maladies sexuelles. Cet aspect rend difficile par exemple la sensibilisation pour la prévention du Sida.

²³ Pabingui Gondje, *Apport de l'anthropologie pour améliorer l'interface entre patients et équipe soignante*, Datisémi, Maison du bien-être, 2012,

1.1.1 Analyses socio-anthropologiques de la santé

Interroger les “représentations de la maladie” nous conduira, avec B. Good, à envisager successivement quatre perspectives différentes sous lesquelles elles ont été analysées aux seins des disciplines sociologique et anthropologique.

1.1.1.1. La tradition empiriste (rationaliste) ou les représentations de la maladie comme “croyances”

Dans les années 1920, les premières études relatives aux “traditions médicales” propres aux sociétés non occidentales ont largement emprunté au discours évolutionniste de l'époque. Des termes devenus aujourd'hui péjoratifs comme “primitif”, “magique”, “prélogique”, étaient couramment utilisés pour décrire les “croyances médicales” des populations “indigènes” (Good, 1998, p. 79). Les représentations de la maladie étaient abordées essentiellement du point de vue de leur rationalité. Il s'agissait, au sein de ce programme, de distinguer le primitif du moderne, la croyance de la connaissance.

Rivers, par exemple, qui fait parfois figure de précurseur de l'anthropologie médicale, a tenté de formaliser dans son ouvrage devenu classique, *Medicine, Magic and Religion* (1924), un modèle descriptif de la “médecine primitive”. Celle-ci se décompose d'après lui en trois variantes ou “visions du monde” (magique, religieuse, naturaliste), selon que la maladie est attribuée à une manipulation d'ordre magique, à des forces surnaturelles ou à un processus naturel. Dans sa perspective, médecine moderne et médecine dite “primitive” constituent des univers totalement séparés (Wellin, 1977, p. 50).

Tout en considérant les conceptions médicales étudiées comme erronées du point de vue de la médecine occidentale, Rivers a cependant montré, d'une part, qu'elles étaient fondées sur des “systèmes de croyance” cohérents et logiques et, d'autre part, que les pratiques et les croyances médicales faisaient intégralement partie de la culture. Citons : «*De notre point de vue moderne, nous pouvons observer que ces idées (les croyances des Papous et des Mélanésiens) sont fausses. Mais l'important est qu'au aussi erronées soient-elles (...) quant aux causes des maladies, leurs pratiques sont la conséquence logique de ces croyances*» (Rivers, 1924, cité par Good, 1998, p. 99).

Au cours des années 1940, les croyances et pratiques médicales des populations non-occidentales ont ensuite été souvent interprétées comme les premiers stades du savoir médical, une sorte de “protoscience” qui a donné lieu à des théories causales de la maladie, des pratiques chirurgicales et une connaissance des propriétés pharmacologiques des plantes et des minéraux, considérées tout aussi primitives les unes que les autres (Good, 1998, p. 79).

Ackernecht, autre précurseur de l'anthropologie médicale, a, dans une perspective semblable, considéré la "médecine primitive" comme un système «*essentiellement magico-religieux, qui usait rarement d'éléments rationnels*», au contraire de la médecine occidentale moderne... Ainsi, durant la première moitié du siècle, selon les termes de Good, reconnaître le savoir empirique (ou ses éléments "rationnels") dans ces systèmes médicaux dits "traditionnels", décrire les "croyances" relatives à la maladie, ses causes et son traitement, a constitué un vaste programme de recherche, au sein duquel la représentation de la maladie, considérée sous forme de "croyance", fut essentiellement jaugée à l'aune du "savoir médical" occidental, c'est-à-dire sous une perspective largement ethnocentrique.

Cette tradition empiriste, usant abondamment du langage de la croyance, s'est prolongée au cours des années 1950 et persiste encore dans certains travaux d'orientation comportementaliste, de même que dans une anthropologie folklorisante relative aux traditions populaires en matière de soins (recours aux guérisseurs, etc.). Tout en posant un regard critique sur le "modèle médical", ils partagent néanmoins avec lui le même paradigme positiviste. L'individu en quête de soins est appréhendé selon la rationalité *versus* l'irrationalité de ses conduites, la priorité des programmes de santé publique consistant à l'inciter à corriger ses fausses croyances et modifier ses comportements moins rationnels – en matière d'habitudes de vie, d'alimentation, de recherche de soins, etc. – par le biais de son "éducation sanitaire". Au travers de ce courant de pensée, la culture est intrinsèquement considérée comme un "système de croyances et de coutumes". Lorsque la collaboration de l'anthropologie est recherchée par le secteur de la santé, afin de saisir les croyances et pratiques associées à la maladie au sein de cultures particulières, elles sont généralement posées comme les marques distinctives de la frontière entre culture médicale profane et savoir scientifique (Good, 1998, p. 99).

1.1.1.2. Le courant cognitiviste ou les représentations de la maladie comme "modèles cognitifs"

Une nouvelle orientation de l'étude des représentations sociales s'est développée à partir des années 1950-1960. Elle a, au départ, pris le contre-pied des travaux empiristes précédents, en développant à leur égard une "critique culturelle". Au lieu de regarder la maladie en tant qu'objet "naturel" destiné à être pris comme extérieur à la culture, elle a été considérée, à l'instar des médecines locales, comme relevant en propre de la culture, ce qui signifie façonnée par elle à travers le langage.

Les représentations à l'origine des conduites de maladie ne se sont plus vu attribuer le statut de croyances puisque reconnues "cohérentes et rationnelles à leur façon". L'idée majeure au sein de cette tendance fut de reconnaître la "relativité culturelle" de la maladie, à savoir qu'elle

dépend de la culture et de l'éthique d'une société et varie selon celles-ci. Ainsi que l'exprime Good, dans cette perspective, les représentations de la maladie, la manière d'appréhender l'anormalité ou le désordre, ne sont plus jugées en tant que «*conceptions plus ou moins justes d'un phénomène extérieur à la culture, mais comme constituant en soice phénomène*» (Good, 1998, p. 90).

De nombreux travaux se sont intéressés à analyser ces “conceptions culturelles de la maladie” et à en comprendre la logique dans le contexte global de l'organisation sociale des sociétés où elles étaient étudiées. L'étude de Rubel (1964) relative au Susto est devenue un classique du genre. Il s'agit en effet d'une maladie reconnue, interprétée et traitée par des populations d'origine latino-américaine, mais qui, d'un point de vue biomédical, n'a aucune objectivité.

Ces recherches ont aussi donné lieu à une critique des théories biomédicales mais, surtout, de la naïveté culturelle des professionnels de la santé publique engagés sur le terrain dans les années 1950, «*incapables – comme l'énonce Good – de saisir les formes culturelles par lesquelles les gens appréhendaient la maladie et y réagissaient*» (Good, 1998, p. 73). Benjamin Paul aussi dans un ouvrage fondateur datant de 1955 (*Health, Culture and Community : Case Studies of Public Reactions to Health Programs*), proclama que «*les habitudes et les croyances“ des populations auxquelles les programmes de santé publique s'adressent constituent un “système culturel” élaboré que les spécialistes de santé publique devraient comprendre avant de vouloir faire adopter des habitudes et des idées nouvelles*». Pour aider une communauté à améliorer sa santé, il était primordial, selon lui, d'apprendre à penser comme les personnes qui la composent ! La multiplicité des travaux inscrits dans ce courant a permis de mieux connaître les grandes traditions médicales, ainsi que les petites, répandues sur les différents continents (Asie, Afrique, Amérique latine...).

Ceux-ci ont donné lieu à des études comparatives approfondies des différents systèmes de soin, témoignant de ce que la biomédecine ne constituait qu'un système parmi d'autres “ethnomédecines”. Ils en sont venus, en outre, à critiquer ses prétentions hégémoniques en raison du caractère de ses théories et de ses institutions, jugé inapproprié à d'autres contextes culturels. La critique majeure adressée toutefois à ce courant cognitiviste fut, au travers de la volonté de décrire et comprendre les “catégories locales” de la maladie, d'accorder trop de place au langage et, d'une certaine manière, de reproduire un point de vue empiriste, non à l'égard de l'objet maladie lui-même, mais du langage de sa description (la chose étant perçue comme ce que le langage désigne d'elle). Trop d'attention aurait été accordée à la sémantique de la maladie, au détriment de la dimension pragmatique, entre autres celle des conduites qui lui sont reliées.

1.1.1.3. Le courant interprétatif ou les représentations de la maladie comme “systèmes de sens”

Ce courant marque le début d'une nouvelle approche en anthropologie médicale. Il a été largement influencé, vers la fin des années 1970, par les travaux de Kleinman, qui en constitue la figure de proue.

L'hypothèse centrale, développée sous diverses variantes par Good, Saillant et d'autres, est que la maladie n'est pas une entité, mais un “modèle explicatif”. La culture n'est donc plus seulement un moyen de se représenter la maladie, mais elle participe à sa constitution en tant que réalité humaine. C'est alors le rapport entre la culture et la maladie qui est placé au centre des analyses (Good, 1998, pp. 125-126). Sans nier l'importance de la biologie – de la nature –, l'idée sous-jacente est que «*la maladie a son fondement dans l'ordre du sens et de la compréhension humaine*». Qu'elle est constituée par «*un acte interprétatif ne peut dès lors être saisie que par lui*».

La maladie n'est plus ici considérée comme une entité (à la manière de la biomédecine) mais plutôt comme un objet social et une expérience vécue. Dans cette perspective, la recherche a porté, d'une part, sur la construction des “réalités cliniques” (la manière dont les diverses spécialités médicales construisent leur objet) et, d'autre part, sur la manière dont les groupes sociaux et les individus organisent et conceptualisent cette expérience en des “cheminements” et trajectoires spécifiques.

Les représentations de la maladie ne constituent plus des objets de pensée aux contours bien établis (des contenus, des savoirs) mais, plus largement, des processus d'attribution de sens par lesquels l'individu explique et interprète l'expérience de la maladie. Cela, dans le cadre d'une culture globale : à partir des valeurs, normes et symboles qui prévalent dans son groupe d'appartenance. Il s'agit, ainsi que les désigne Massé, de “savoirs vécus” alliant interprétations et pratiques (Massé, 1995).

Pour rendre compte de ce changement paradigmatique, Kleinman fut le premier à introduire dans ce champ d'étude une distinction sémantique majeure entre les termes anglais *disease* et *illness*. Le premier (*disease*) se réfère aux états pathologiques et aux anormalités au niveau de la structure et/ou de la fonction des organes et systèmes organiques (il s'agit de la maladie telle qu'identifiée par le modèle biomédical, qu'elle soit d'ailleurs reconnue culturellement ou non). Alors que le second terme (*illness*) porte sur les perceptions et le vécu individuel de la maladie, tout à la fois sur son expérience et le sens qui lui est attribué : «pourquoi – pourquoi moi ?» (Sens ultime).

De nombreux auteurs se sont intéressés à cette perspective subjective de la maladie, que ce soit dans une orientation herméneutique, phénoménologique ou interprétative. Good, Bibeau,

Saillant se sont par exemple concentrés sur les “réseaux sémantiques” propres à certaines maladies (l'épilepsie, le cancer), tandis que Kleinman, en se fondant sur des “récits de maladie” (*illness narratives*) cherchait à comprendre comment cette expérience intime était mise en sens et ordonnée à travers sa narration. Par la finesse de leur approche, ces productions ont toutes mis en évidence que l'interprétation de la maladie renvoyait à un registre de sens beaucoup plus vaste que le biologique – que la nature – et mettait en cause le rapport de l'individu au social, à la société. Si elles ont permis de souligner l'existence d'un décalage entre conceptions médicales et profanes de la maladie, et notamment d'expliquer sur cette base certains échecs à l'observance des patients, nombre de ces études ont cependant été menées à des fins exclusivement théoriques qui n'en permettaient pas d'application clinique. Il leur a également parfois été reproché un certain manque de rigueur, présentant les choses comme abusivement consensuelles, ou encore une trop faible prise en considération de la biologie humaine.

Pour Raymond Massé, la validité de ces théories présente une limite pour la clinique, car les modèles dégagés sont en réalité plus souvent instables et sujets à changements. En outre, ils se rapportent généralement à un contexte particulier (un épisode de maladie bien défini) et dépendent de ce fait de la manière dont l'individu vit sa situation. L'analyse des modèles explicatifs construits à partir des discours de patients comporte dès lors le risque de leur attribuer un degré d'organisation formelle qu'ils n'ont pas. Allan Young a également relevé ce biais méthodologique, appelé “biais de la textualisation”.

La critique essentielle adressée aux approches interprétatives a trait au risque de rationalisation abusive des récits produits par les malades. De surcroît, il a aussi été reproché à ce courant de culturaliser et d'individualiser le rapport de l'homme à la santé, reproduisant de la sorte l'approche individualisante reprochée à la médecine (Massé, 1995, p. 34).

L'individu, estime Massé, se situe au cœur d'un système complexe d'influences. Si ses conduites s'expliquent en partie par son savoir, elles sont aussi conditionnées par des facteurs qui le dépassent largement : l'attitude des professionnels, l'accessibilité des services, les politiques de santé, les structures sociales inégalitaires, le chômage, la pollution, etc.

L'environnement culturel dans lequel s'inscrit le savoir profane n'est ainsi qu'une des composantes d'un contexte sociétal complexe, aux côtés de l'environnement physique, économique ou politique. Telle est, de son point de vue, la limite de ces études.

1.1.1.4. L'anthropologie médicale critique ou les représentations de la maladie comme "mystification"

Depuis le début des années 1980, en réaction à une anthropologie médicale à visée clinique, s'est développée une anthropologie à visée "critique", soucieuse de resituer la question de la maladie et de sa gestion au coeur du politique, et plus uniquement du symbolique. Pour les tenants de cette nouvelle perspective (Scheper-Hughes, Onoge, Singer, etc.), trop d'attention a été portée aux cultures, au détriment des structures sociales. Largement guidé par les travaux de Foucault, ce mouvement se rallie à l'idée que les cultures ne constituent pas simplement des réseaux de signification, des systèmes de sens qui orientent les gens vis-à-vis d'autrui et de leur monde. Elles constituent des idéologies qui déguisent les réalités politiques et économiques. En cela, comme l'a affirmé Keesing, elles représentent des réseaux de mystification autant que de signification (Keesing, 1987, cité par Good, 1998, p. 135). Il s'agit dès lors de se demander qui crée et définit les significations culturelles, et à quelles fins. La culture devrait ainsi être resituée dans son contexte – historiquement, économiquement, politiquement, etc.

1.2. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La santé est définie comme « *la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie*²⁴ ».

Sur les déterminants de la santé, Il s'agit de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global. La carte de la santé et de ses déterminants comprend quatre champs :

1.2.1 Les caractéristiques individuelles

Le champ des caractéristiques individuelles comprend quatre catégories : les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et les comportements et, enfin, les caractéristiques socioéconomiques.

À la base, chaque individu a des caractéristiques biologiques et génétiques particulières, telles que l'âge, le sexe, l'origine ethnique ainsi que certaines prédispositions biologiques ou génétiques.

Non seulement chaque individu est-il unique sur le plan biologique, mais il a une histoire unique. Au fil du temps, il acquiert et développe des compétences personnelles et sociales, à savoir un ensemble de ressources (connaissances, compétences et attitudes) qui lui permettent de faire face aux défis de la vie quotidienne. Celles-ci englobent les habiletés physiques, cognitives, affectives

²⁴ QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} novembre, article 1*, [Enligne], 2011, [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html].

et sociales, et incluent, par exemple, les habiletés de communication, la capacité de gérer ses émotions, de résoudre des problèmes ou de faire face aux situations difficiles ainsi que les habiletés à coopérer et à établir des relations sociales de qualité. Les habitudes de vie et les comportements influencent également l'état de santé de la population. Ils renvoient à une façon d'être et à des façons de faire dans le cadre de diverses activités de la vie courante, notamment : l'alimentation, l'activité physique, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, les pratiques sexuelles, l'hygiène et les soins, les comportements liés à la sécurité – que ce soit au travail, dans les transports ou dans les loisirs (l'utilisation d'équipement de sécurité au travail, la prudence dans la conduite des véhicules ou encore le port du casque à vélo) – et les divers gestes qui favorisent un environnement sain (utilisation du transport en commun, recyclage, etc.). Enfin, les caractéristiques socioéconomiques recouvrent des déterminants comme la scolarité, l'occupation (le fait de travailler ou non), le type d'emploi et le revenu. Ces facteurs constituent la base de ce que l'on appelle le statut socioéconomique des individus. Ils ont une très grande influence sur l'état de santé de la population, soit par leurs effets directs, soit par leurs effets sur de nombreux déterminants tels que les comportements individuels et les milieux de vie. L'appartenance à un groupe social, linguistique ou ethnoculturel peut aussi être associée à des écarts de santé notables (par exemple, l'appartenance à une communauté autochtone).

1.2.2 Les milieux de vie

Les individus interagissent quotidiennement, apprennent, travaillent et vivent dans divers lieux : d'abord à la maison, puis à l'école, au bureau ou à l'usine, puis encore dans le quartier, le village ou la ville. Ils entretiennent des relations sociales au sein de ces milieux et y sont exposés à des conditions matérielles et socioéconomiques particulières. Tous ces environnements, qui constituent le deuxième champ de la carte de la santé et de ses déterminants, exercent donc une influence sur eux : ils favorisent ou entravent leur développement ainsi que leur capacité d'agir et d'accomplir les rôles qu'ils entendent assumer.

Le milieu familial joue un rôle central dans le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants. Son influence se fera sentir sur les compétences, les comportements et l'état de santé des individus à tous les âges de la vie. Le milieu familial doit être considéré sous plusieurs aspects, pour que l'on puisse bien cerner son importance au regard de la santé : son aspect social (la composition de la famille et ses transformations, la qualité des rapports entre ses membres et les pratiques éducatives des parents), son aspect matériel (les caractéristiques du logement, par exemple) et son aspect socioéconomique (les ressources financières dont disposent les individus qui en font partie, notamment). Le milieu de garde et le milieu scolaire ont une influence déterminante tant sur la santé des enfants et des jeunes que sur les divers aspects de leur développement. Plusieurs éléments sont incontournables quand on veut apprécier avec justesse les effets

de ces milieux de vie sur la santé : les conditions matérielles (la salubrité et la sécurité des lieux, par exemple), la qualité du climat et des relations entre les jeunes, les familles et le personnel, l'ensemble des services éducatifs, des services préventifs et des activités parascolaires qui sont offerts et, enfin, le mode de gouvernance et la part qu'y prennent les élèves ainsi que leur famille.

La plupart des individus continuent tout au long de leur vie de développer leurs connaissances et leurs habiletés, notamment, au sein de leur milieu de travail. Ce milieu est constitué d'éléments physiques qui peuvent être sains (l'air de qualité et la sécurité des équipements, par exemple) ou, à l'inverse, dangereux pour la santé (contaminants, bruit, etc.). Aussi, il est important de prendre en considération les facteurs psychosociaux et les conditions de travail qui peuvent être favorables ou nuisibles à la santé : degré de soutien social dont dispose le travailleur, degré de contrôle que ce dernier exerce sur son travail, précarité de son emploi, etc.

Les milieux d'hébergement accueillent des personnes vulnérables de tout âge qui ont des incapacités ou qui vivent des difficultés, passagères ou permanentes. Dans ces milieux substitués, divers aspects doivent être pris en compte : les conditions matérielles et sociales, la nature et la qualité des services et des ressources qui sont offerts ainsi que le type de gouvernance. Tous ces éléments contribueront au bien-être des personnes hébergées et, le cas échéant, favoriseront leur rétablissement ou leur réinsertion sociale.

Les individus évoluent quotidiennement au sein d'une communauté locale et d'un voisinage. Ce milieu de proximité comprend deux sous-ensembles. Il y a d'abord le pâti de maisons autour du domicile, soit la zone qu'une personne fréquente le plus souvent. Plus petite que le quartier, elle est plus propice au développement de liens affectifs et sociaux. Elle peut par ailleurs être plus ou moins sécuritaire, salubre ou favorable à la pratique de l'activité physique. Au-delà de ce premier ensemble se trouve une zone un peu plus étendue, comprenant les endroits que la personne fréquente pour se rendre à l'école ou au travail, pour s'adonner à ses loisirs ou pour utiliser des services communautaires et commerciaux (banque, épicerie, pharmacie, etc.). La communauté peut être définie plus largement encore comme un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique donné (village, ville, quartier ou arrondissement). C'est dans le milieu de proximité d'une communauté que la cohésion sociale et les réseaux communautaires se créent. La gouvernance locale et la place que l'on fait aux citoyens constituent des facteurs importants influençant la capacité d'une communauté à résoudre ses problèmes et à favoriser la santé de ses membres.

1.2.3 Les systèmes

Le troisième champ de la carte de la santé et de ses déterminants couvre les principaux systèmes administrés par l'État et ses partenaires : les systèmes d'éducation et de services de garde à

l'enfance, le système de santé et de services sociaux, l'aménagement du territoire, les programmes de soutien à l'emploi et de solidarité sociale ainsi que les autres systèmes et programmes.

Ces systèmes découlent du cadre politique et des valeurs d'une société; ils varient donc d'un État à l'autre. Chacun d'eux agit sur la qualité de vie des citoyens.

Ces systèmes regroupent l'ensemble des organisations nationales, régionales et locales ainsi que les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour offrir des services à la population ou veiller à l'application des lois et des règlements, notamment. Ils se distinguent, entre autres, par des règles de pratique et des modes d'organisation et de financement particuliers. Leurs grandes orientations sont habituellement définies au palier central, bien que certains systèmes puissent comporter plusieurs niveaux de gouvernance (régionale et locale, par exemple).

Les systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance offrent des services à l'ensemble de la population. Ils incluent tous les ordres d'enseignement, du primaire à l'université, et tous les types de services de garde à l'enfance, subventionnés ou non.

Le système de santé et de services sociaux vise à assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, dans tous les secteurs : public, privé et communautaire. Il regroupe autant les services qui s'adressent à l'ensemble de la population (santé publique et services généraux) que ceux qui sont destinés à des groupes particuliers : les personnes âgées en perte d'autonomie, celles qui ont des incapacités, les jeunes en difficulté et les personnes aux prises avec des problèmes de santé physique, de santé mentale ou de dépendance.

L'aménagement du territoire renvoie aux modifications de l'environnement naturel effectuées pour soutenir l'implantation d'une communauté ou générées par l'activité humaine. Il inclut, par exemple, les règles sur l'habitation, les routes, les infrastructures de télécommunication, les lieux de travail et les écoles. L'aménagement du territoire est une composante majeure de l'environnement physique. Il prend des formes différentes en milieu rural et en milieu urbain, parce que les besoins et les problèmes y sont différents : les pratiques d'agriculture intensive, l'étalement urbain, la cohabitation des usages résidentiels, commerciaux et industriels ou encore la place donnée aux espaces publics et communautaires.

Le soutien à l'emploi et la solidarité sociale incluent les différents programmes et services qui ont pour but d'aider les individus à s'intégrer au marché du travail et à disposer des revenus suffisants pour assurer leur bien-être. On y trouve, par exemple, les services d'aide à l'emploi et de soutien aux travailleurs licenciés, le régime d'assurance parentale, l'aide de dernier recours ainsi que les autres mesures de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Enfin, d'autres systèmes et programmes ont également des effets importants sur la santé de la population, tels que les services de sécurité publique, certains services municipaux – comme le contrôle et la gestion de l'eau potable – ou encore les programmes de salubrité des aliments et de santé animale.

1.2.3.1 Le contexte global

Le contexte global, quatrième et dernier champ de la carte de la santé et de ses déterminants, est formé d'un ensemble d'éléments macroscopiques qui influencent fortement la vie en société. Ces éléments peuvent ultimement avoir des effets bénéfiques, comme un plus grand bien-être, ou, au contraire, des effets nuisibles, tels que l'accroissement des inégalités ou la montée de l'intolérance. Les prendre en compte est utile pour apprécier leurs effets sur les autres déterminants de la santé, qui touchent plus directement les individus.

Le premier de ces éléments, le contexte politique et législatif, est d'abord l'expression des normes et des valeurs de la culture politique d'une société. Ces normes et ces valeurs se traduisent dans des institutions politiques qui correspondent à un modèle de gouvernance particulier, celui-ci se distinguant par un degré de participation plus ou moins élevé des citoyens aux processus de décision. Le contexte politique et législatif inclut aussi les lois, les règlements, les traités internationaux et tout autre instrument de mise en œuvre des politiques publiques adoptées à différents paliers de gouvernement. Le contexte économique fait référence aux institutions économiques, aux normes, aux valeurs et aux règles en vigueur, au positionnement des différents acteurs dans l'économie ainsi qu'aux activités de production, de distribution et de consommation. Il faut prendre en compte ici le degré et les modes d'intervention de l'État dans l'économie, les cycles de croissance et de décroissance de l'activité économique, la création et les pertes d'emplois, les effets de la mondialisation des marchés, mais également le coût des biens de consommation et les pratiques de commercialisation qui viennent tous influencer les façons de vivre et le niveau de vie d'une société.

Le contexte démographique a trait aux particularités d'une population comme la fécondité, la distribution selon l'âge et le sexe ainsi que la diversité ethnique. Il concerne aussi les mouvements de population tels que l'exode rural, la croissance des banlieues, l'embourgeoisement ou l'appauvrissement de certains quartiers et l'immigration.

Le contexte social et culturel renvoie, entre autres, aux normes et aux valeurs prédominantes dans une société, aux pratiques religieuses, aux écarts entre les groupes sociaux, à l'intensité de la collaboration ou de la compétition entre les membres de la collectivité ainsi qu'à des phénomènes comme le racisme ou le sexisme. Il inclut aussi les arts et les médias de masse. Le contexte scientifique et technologique fait référence à l'avancement des connaissances scientifiques et technologiques, autant dans les sciences exactes (biologie, chimie, génie, etc.)

que dans les sciences humaines et sociales (sociologie, psychologie, anthropologie, etc.). Il renvoie, par exemple, aux nouvelles technologies de l'information et des communications, aux pratiques d'intervention sociale prometteuses, aux nouveaux équipements et véhicules de transport ainsi qu'à l'innovation en génomique, en biotechnologie et en nanotechnologie.

L'environnement naturel et les écosystèmes assurent le maintien de la vie sur terre : régulation des gaz, du climat ou des eaux, pollinisation, etc. Ils fournissent la base de l'alimentation humaine par l'entremise des sols cultivables, des sources d'eau de consommation, des océans et de la biodiversité, entre autres. La dégradation de l'environnement se manifeste par diverses formes de pollution de l'air, de l'eau, du sol et des aliments. On trouve également dans l'environnement différents éléments pathogènes – qu'il s'agisse d'agents microbiens, de vecteurs biologiques ou de contaminants chimiques – qui favorisent la transmission des maladies. Enfin, cette catégorie inclut les caractéristiques du territoire telles que l'étendue, la topographie et l'hydrographie.

1.3 DYNAMIQUE DES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS

Pour qu'une communication en matière de santé contribue à modifier les comportements de ses interlocuteurs, il importe de connaître les stades par lesquels passe une personne avant d'adopter un nouveau comportement ainsi que les facteurs et barrières influençant ce passage. Puisqu'il existe une panoplie de cadres conceptuels et théories sur ces sujets, ce chapitre n'expose que ceux qui concordent ou sont adaptables au cadre de cette étude. Elle ne comprend donc pas une liste exhaustive. Il présente plutôt un regroupement de cadres conceptuels et de théories liés aux changements de comportement opérationnels en termes de campagne de communication publique. Dans le présent chapitre, les stades du processus d'influence des comportements sont d'abord expliqués. Puis, les facteurs d'influence des comportements sont présentés. Enfin, les barrières au processus d'influence sont décrites.

1.3.1 Stades du processus d'influence

Définis comme une action observable possible de décrire ou de mesurer, les comportements sont difficiles à modifier et lorsqu'un changement s'amorce, ce dernier s'effectue souvent lentement. (Office québécois de la langue française (OQLF), 2015; Marleau, 2009; Caillaud, 2010; Champagne St-Arnaud, 2009; Zbinden et autres, 2011). Les comportements sont façonnés et influencés par plusieurs facteurs. Pour bien comprendre comment ces derniers peuvent agir, il importe au préalable de connaître les stades par lesquels passent les personnes avant de modifier leur comportement. Bien qu'il existe une grande variété de cadres conceptuels à cet effet, celui des stades du processus d'influence a été retenu, car il semble être plus approprié en matière de communication. Les stades associés à cette théorie sont présentés ci-dessous. Le processus

d'influence des comportements comporte cinq stades : l'éveil, l'intérêt, l'évaluation, l'essai et l'adoption.

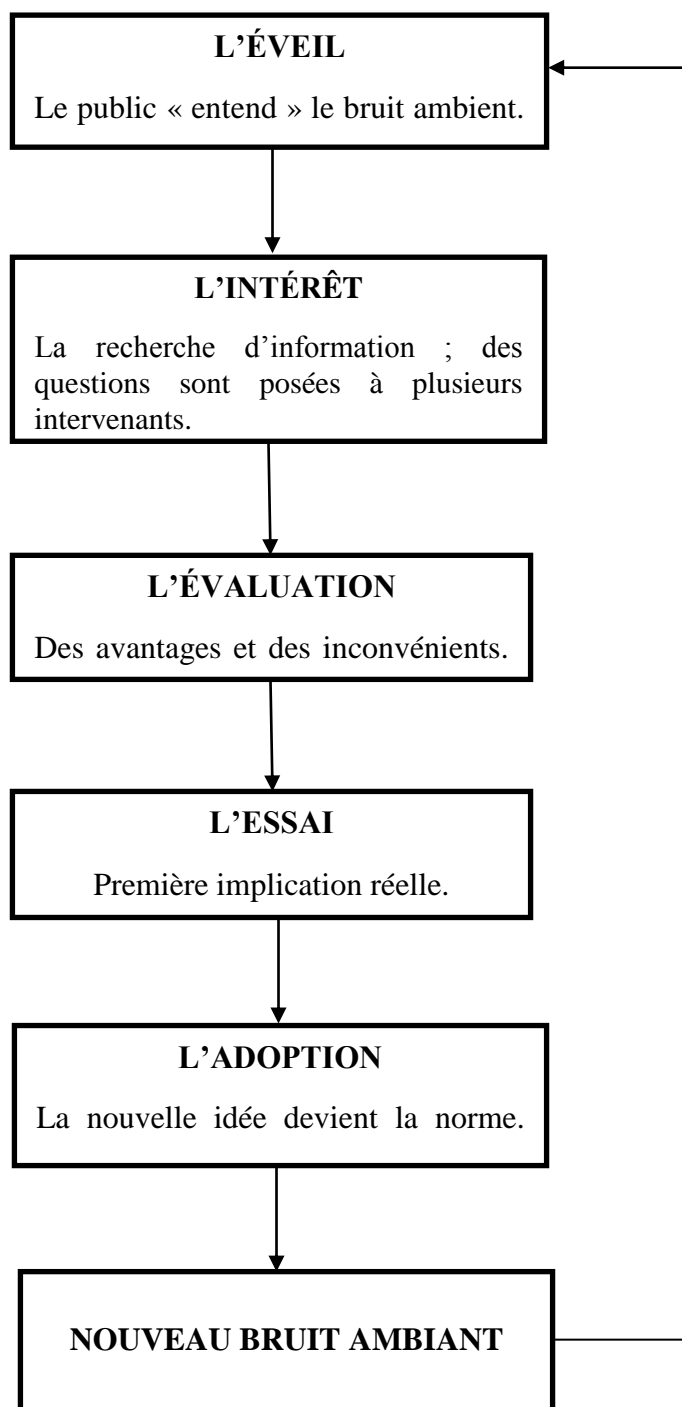


Figure 3 : Stades du processus d'influence
Source : Maisonneuve et autres, 2003, p. 46

Lors d'une campagne de communication, l'éveil correspond au stade où le public est inconscient des problèmes et des risques potentiels associés à un sujet particulier. Il accorde alors peu d'attention aux messages transmis par la campagne de communication et connaît peu de choses à son sujet. Au stade d'intérêt, le public, dont la curiosité a été piquée par l'information

transmise lors de la phase d'éveil, cherche à obtenir davantage de détails sur le sujet. Il va alors se documenter sur ce dernier. Au stade d'évaluation, le public considère les avantages et inconvénients potentiels d'adhérer, sous forme d'essai, à la campagne. L'éventualité d'adhérer à la campagne est toutefois garantie de la façon dont chaque personne perçoit le projet et sa conformité avec ses valeurs, ses intérêts et ceux de la société. De plus, le choix prend en compte les barrières associées à la possible modification de son comportement. C'est également à ce stade que les personnes se mettent à discuter avec leur entourage (voisins et amis) afin d'avoir leurs opinions sur la campagne. C'est alors que la décision d'adhérer ou non à la campagne sous forme d'essai est prise. Le stade d'essai s'exécute lorsqu'une partie du public commence à modifier son comportement. Pendant l'essai, chaque personne va évaluer l'importance de son geste et va chercher à se faire rassurer dans ses nouveaux comportements. Elle va donc vérifier comment la campagne se passe de manière générale. Si la campagne se déroule bien et que le public lui répond positivement, la personne ressentira alors une gratification personnelle. L'adoption, qui constitue le dernier stade, s'opère si la personne a un essai concluant. Dans un tel cas de figure, elle souscrit à l'idée de modifier son comportement de manière définitive. (Maisonneuve et autres, 2003; Weinreich, 2011).

Amener le public à passer de l'éveil à l'adoption d'un nouveau comportement est difficile. Le processus, non linéaire, est différent pour chaque personne. Ainsi, les gens n'évoluent pas au même rythme. Au contraire, chaque personne change distinctement au sein de ce processus. Certaines personnes peuvent rester figées à un certain stade, d'autres peuvent régresser en cours de route, d'autres encore peuvent traverser le processus plus rapidement ou plus lentement que la moyenne, etc. Face à une même communication, les réactions sont donc diverses (Weinreich, 2011). Toutefois, il est possible d'augmenter les chances qu'un nouveau comportement soit adopté en agissant sur les facteurs d'influence des comportements.

1.3.2 Facteurs d'influence des comportements

Le passage de l'éveil au maintien d'un nouveau comportement est influencé par une panoplie de facteurs. Agir sur ces derniers permet de faciliter le passage au travers des différents stades du processus d'influence. De plus, pour faciliter la présentation des facteurs d'influences des comportements, ceux-ci ont été répartis en trois groupes : affectifs, cognitifs et situationnels (Pruneau, 2006). Cette section présente donc les facteurs d'influence des comportements les plus importants au regard d'une campagne de communication, le tout réparti entre les trois groupes mentionnés ci-dessus.

1.3.2.1 Facteurs affectifs

Les facteurs affectifs concernent principalement les émotions et sentiments liés aux problématiques de la santé. Parmi les facteurs affectifs, il y a : les valeurs, les attitudes, les émotions, l'ego, l'engagement, les motivations, les intérêts, etc. (Pruneau, 2006; Becker et Félonneau, 2009; Oreg et Katz-Gerro, 2006; Steg et Vlek, 2009; Angleterre. Cabinet Office, 2010) Ces derniers sont expliqués ci-dessous.

Selon le modèle hiérarchique des comportements, les valeurs, qui sont des principes guidant la vie des gens, influencent partiellement les attitudes. C'est d'ailleurs ces dernières qui influencent les comportements. À cet effet, la théorie des comportements planifiés indique que plus l'attitude d'une personne est favorable envers les messages transmis, plus elle a des chances d'adopter le comportement promu. (Becker et Félonneau, 2009; Oreg et Kazt-Gerro, 2006)

Quant aux émotions, elles sont présentes dans tout ce que les personnes perçoivent. Ces dernières ont une influence notable sur les actions et réactions des gens, car elles sont ressenties avant la prise en compte rationnelle d'un message. C'est ce qui explique leur efficacité supérieure comparativement aux analyses coûts et bénéfiques (Steg et Vlek, 2009). L'importance des émotions dans l'adoption de comportement peut d'ailleurs expliquer pourquoi une personne de bonne humeur a tendance à se montrer plus optimiste qu'une personne de mauvaise humeur (Angleterre. Cabinet Office, 2010).

L'ego est aussi une source d'influence des comportements puisque les gens agissent principalement pour se sentir bien. Ainsi, ils adoptent des comportements qui leur permettent d'avoir une bonne image d'eux-mêmes ou de projeter une belle image. À titre d'exemple, les hommes ont tendance à donner davantage à une oeuvre de charité si la personne qui leur demande est une femme afin de bien paraître à ses yeux. (Angleterre. Cabinet Office, 2010)

L'engagement est un autre facteur d'influence des comportements, puisqu'il est dans la nature humaine d'agir de manière consistante et avec réciprocité. Les personnes ont tendance à modifier leur comportement s'ils se sont engagés à le faire. Cet engagement va d'ailleurs s'avérer plus efficace s'il est écrit ou s'il a été réalisé en public. (Trope et Fishbach, 2000) Le concept de consistance doit être considéré, car cela explique pourquoi une personne essaie habituellement d'agir conformément à ses comportements passés (Angleterre. Cabinet Office, 2010). Par exemple, si une personne signe une pétition pour sauver les ours polaires, elle sera alors plus encline à faire un don à un organisme œuvrant à protéger cet animal. De même, il est prouvé que plus les attentes envers une personne sont grandes, plus elle a de chance de combler ces dernières. Les individus ont donc tendance à agir de manière consistante aux attentes que les autres ont envers eux. La réciprocité est également un concept important puisque les personnes désirent être justes en redonnant aux gens qui leur ont donné. Par exemple, les personnes qui

reçoivent un échantillon gratuit ont alors l'impression qu'elles doivent retourner la faveur à l'entreprise. Elles auront donc tendance à acheter un de ses produits. (Cialdini, 2007)

Steg et Vlek (2009) mentionnent que les comportements sont influencés par les motivations, intérêts et préoccupations des gens. En ce sens, ils présentent la théorie du *goal-framing*. Selon cette théorie, trois objectifs-cadres gouvernent et construisent la façon dont les gens perçoivent l'information et réagissent à celle-ci. Le premier est l'objectif hédoniste qui vise à se sentir mieux maintenant. Le deuxième est le gain qui consiste à protéger et à améliorer une ou plusieurs ressources. Le dernier objectif est le normatif qui indique aux gens quel comportement adopter afin d'agir de manière appropriée socialement. (Steg et Vlek, 2009) Outre les facteurs affectifs, des facteurs cognitifs peuvent également influencer le passage d'un stade à l'autre du processus d'influence.

1.3.2.2 Facteurs cognitifs

Les facteurs cognitifs correspondent aux connaissances des personnes sur l'environnement en général, sur divers concepts écologiques et sur les actions environnementales qu'il est possible de poser pour pallier certaines problématiques. La liste de facteurs cognitifs est nombreuse. Cette section présente donc les principaux, soit les croyances, les opinions, la perception de menace et celle de contrôle. (Pruneau et autres, 2006; Becker et Félonneau, 2009; Oreg et Katz-Gerro, 2006)

Les croyances et opinions sont importantes à considérer, car elles influencent les attitudes qui guident ensuite les comportements (Becker et Félonneau, 2009). Les perceptions de menace et de contrôle ont aussi une incidence sur les changements de comportement. À cet effet, Oreg et Katz-Gerro (2006) mentionnent qu'une personne adoptera des comportements pro-environnementaux si elle a l'impression que des aspects inhérents à ses valeurs sont menacés et si elle est convaincue que les actions proposées sont en mesure de contrôler la menace, c'est-à-dire de la réduire et de rétablir les valeurs. Ainsi, la perception de contrôle signifie qu'une personne a plus de chance d'adopter un comportement si elle juge qu'il contribue à l'atteinte des objectifs poursuivis (Oreg et Katz-Gerro, 2006). En plus des facteurs de type affectifs et cognitifs, les comportements humains peuvent également être influencés par des facteurs situationnels.

1.3.2.3 Facteurs situationnels

Selon Pruneau et autres (2006), les facteurs situationnels sont associés au contexte dans lequel se trouvent une personne ou un groupe de personnes. Toutefois, le contexte associé aux communications transmises a également un impact sur la modification des comportements (Angleterre. Cabinet Office, 2010). Les facteurs situationnels incluent donc à la fois le contexte

personnel ou en groupe et le contexte communicationnel d'une campagne de communication. Les facteurs situationnels expliqués dans cette section sont : les normes, la culture, le messager, les incitatifs, les options par défaut, l'attractivité, les actions préparatoires, la position d'une personne à l'intérieur d'une structure hiérarchique, sa situation financière, l'accès aux matériels, équipements ou infrastructures, etc. (Pruneau et autres, 2006; Oreg et Katz-Gerro, 2006)

Les normes sont des manières d'agir ou des règles à l'intérieur d'un groupe ou d'une société. Ces dernières guident les gens dans leurs agissements et représentent les attentes de la communauté. Habituellement, les individus s'y conforment puisque la majorité de la population respecte ces « règles » non écrites. (Cialdini, 2007) Pour les individus, se conformer à ces « règles » est une façon d'aller chercher l'approbation des autres. (Becker et Félonneau, 2009; Steg et Vlek, 2009) Le pouvoir de cette réalité sociale provient des pénalités associées au non-respect des normes ou aux bénéfices issus de leur respect. Ainsi, si une campagne de communication promeut un comportement accepté socialement, celui-ci a de meilleures chances d'être adopté. (Steg et Vlek, 2009, Angleterre. Cabinet Office, 2010; Oreg et Katz-Gerro, 2006)

En ce qui concerne la culture, celle-ci représente les idéaux partagés et communs aux individus d'une même société. (Oreg et Katz-Gerro, 2006) Cette notion est d'ailleurs définie comme le modèle intégré de significations, croyances, normes, symboles et valeurs que les individus détiennent au sein d'une société (Hofstede, 2001). La façon de percevoir un message et d'y répondre dépend donc de la culture dans laquelle s'insèrent les personnes interpellées.

Aussi, lors d'une communication, les gens sont influencés par la personne qui leur transmet le message, c'est-à-dire le messager. Selon plusieurs auteurs, une information provenant d'un messager détenant une certaine autorité (formelle ou informelle) a plus de poids. D'ailleurs, il a été démontré que les gens sont davantage portés à agir si l'information est transmise par un expert. Par exemple, une campagne qui porte sur la santé a plus de chance de modifier des comportements si le porteur du message est un professionnel de la santé (ex. : un enseignant ou un chercheur) que s'il ne l'est pas. (Webb et Sheeran, 2006; Weinreich, 2011) De plus, s'il y a des similitudes démographiques et comportementales entre le messager et le public, ce dernier va s'avérer plus réceptif. À cet effet, il a été démontré que les personnes provenant de groupes socioéconomiques défavorisés accordent plus d'importance aux caractéristiques démographiques et comportementales du messager. (Durantini et autres, 2006) Un autre élément important concernant le messager est les sentiments que les gens ont à son égard. En ce sens, un messager apprécié de ses interlocuteurs a une plus grande influence sur ces derniers. (Cialdini, 2007) Enfin, le messager a aussi un impact plus important si le message transmis est cohérent à travers le temps (Angleterre. Cabinet Office, 2010).

Les incitatifs ont aussi une influence sur les comportements. Largement utilisés, ces derniers n'ont toutefois pas tous le même impact. Le type d'incitatif, sa magnitude et le moment où il est utilisé ont une influence sur son efficacité. De même, la notion de coûts et bénéfices doit être considérée, car un incitatif qui rend les bénéfices supérieurs aux coûts influence davantage les comportements environnementaux. (Angleterre. Cabinet Office, 2010) La théorie sociale de l'apprentissage cognitif mentionne d'ailleurs qu'une personne va être davantage portée à accomplir une action si elle perçoit que ses avantages sont supérieurs aux inconvénients (Weinreich, 2011).

Les options par défaut peuvent également jouer un rôle dans l'adoption de nouveaux comportements. Une option par défaut constitue l'option qu'une personne choisit lorsqu'elle décide de ne pas faire un choix actif. Ce type d'option a une influence sur les comportements. En effet, les gens l'acceptent habituellement, car c'est plus simple et cela demande moins d'efforts comparativement à une prise de décision. (Angleterre. Cabinet Office, 2010)

L'attractivité d'un message va aussi avoir un impact sur les comportements prônés. À cet égard, les gens ont tendance à porter leur attention sur ce qui est nouveau, accessible, pertinent et simple. Un message sans attrait risque de ne pas être retenu par le public cible qui filtre une grande quantité de l'information reçue. (Kahneman et Thaler, 2006)

Les actions préparatoires influencent aussi les comportements par l'entremise de signaux conscients ou subconscients. D'ailleurs, il a été démontré que les gens agissent de façons différentes s'ils ont été préalablement exposés à certains mots, images ou sensations. (Angleterre. Cabinet Office, 2010) Par exemple, une image d'une personne souriante en train de boire de l'alcool dans un restaurant a pour effet d'augmenter la consommation d'alcool des gens présents dans le restaurant (Winkleman et autres, 2005). Les actions préparatoires peuvent également être des engagements pris par des personnes. Par le fait même, il a été démontré que l'engagement volontaire par des actions est essentiel pour susciter un changement d'attitudes, de représentations et de valeurs. Ce qui peut mener à des modifications de comportement. (Bernard, 2007; Joule et Beauvois, 2002; Girandola et autres, 2010)

La position d'une personne au sein d'une structure hiérarchique affecte ses expériences, et ultimement, ses valeurs, croyances et comportements (Oreg et Katz-Gerro, 2006). De plus, la situation financière d'une personne va influencer son intérêt envers certains sujets, ce qui peut se refléter dans ses comportements. À titre d'exemple, une personne en situation financière précaire risque d'avoir un intérêt moindre pour l'environnement qu'une personne mieux nantie, car elle aura des préoccupations beaucoup plus importantes pour sa survie (nourriture, logement, etc.). (Chouchan et Flahault, 2011) L'accès aux matériels, équipements et infrastructures nécessaires pour accomplir le comportement promu par la communication doit aussi être considéré. Cet

aspect est essentiel, car si une personne désire faire du recyclage, mais qu'elle n'a pas accès à un bac de collecte chez elle, risque de ne pas en faire. (Steg et Vlek, 2009) Il existe une panoplie de facteurs influençant l'adoption de nouveaux comportements. Bien que ceux-ci soient primordiaux, ils ne sont pas la seule chose à prendre en compte pour modifier des comportements. Il faut également considérer les barrières qui inhibent les changements de comportement.

1.3 BARRIÈRES À LA MODIFICATION DES COMPORTEMENTS

Complexes à cerner, les comportements ne sont pas uniquement régulés par des facteurs d'influence. Ils découlent également de barrières qui inhibent les changements de comportement. Ces dernières sont diverses, nombreuses et peuvent provenir de sources internes ou externes. Une présentation exhaustive des barrières existantes n'a donc pas été possible. Trois barrières ont plutôt été ciblées par rapport au contexte de cette recherche : la perception sélective, la dissonance cognitive et les résistances personnelles.

1.4.1 Perception sélective

La perception sélective est une première barrière qui rend difficile la modification des comportements. La réception de messages par une personne implique une discrimination. En effet, une personne retient seulement l'information qui correspond à ses intérêts, opinions et valeurs personnelles. (Maisonneuve et autres, 2003) C'est ce qu'on appelle la perception sélective. Ce concept est très important à comprendre, car il signifie que le taux de pénétration d'un message auprès d'une population ne sera jamais de 100 %. Pour assurer une plus grande pénétration, les planificateurs d'une campagne de communication doivent déterminer les arguments auxquels la population est le plus sensible soit ceux rejoignant davantage les caractéristiques personnelles des gens. En utilisant ces arguments, les communicateurs sont en mesure de capter l'intérêt d'un plus grand nombre de personnes. (Maisonneuve et autres, 2003)

Toutefois, ce n'est pas parce qu'une information est retenue que les individus vont modifier leur comportement pour autant. Les gens peuvent devenir plus sensibles ou acquérir de nouvelles connaissances sans que cela se solde par des actions. (Zbinden et autres, 2011, Toniolo, 2009) Outre cette première barrière, la dissonance cognitive peut également réduire les chances qu'un comportement soit adopté.

1.4.2 Dissonance cognitive

La dissonance cognitive est un concept important à connaître, car bien qu'elle soit une barrière, elle peut être utilisée comme facilitatrice du changement. La dissonance cognitive a plusieurs impacts sur l'adoption d'un nouveau comportement. Ce concept se définit comme l'état de

tension désagréable ressenti par un individu lorsqu'il est en présence de cognitions simultanées incompatibles. Ces dernières peuvent prendre la forme de connaissances, opinions, croyances ou comportements. L'état de tension est créé lorsqu'il y a un écart entre connaissances (conscience) et comportements (agissements) (Chabrol et Radu, 2008; Pasquier, 2011; Vaidis et Halimi-Falkowicz, 2007). Un état de dissonance est susceptible de se produire dans les situations suivantes :

- lors d'un changement de situation habituelle;
- lors d'une confrontation avec une nouvelle situation;
- lors de communications avec autrui (Chabrol et Radu, 2008).

Face à une tension créée par de la dissonance cognitive, une personne peut tenter de la réduire en modifiant :

- ses cognitions existantes afin de les rendre concordantes avec les nouvelles (adaptation ou apprentissage);
- ses nouvelles cognitions afin qu'elles concordent avec ses anciennes cognitions (résistance) (Chabrol et Radu, 2008).

La probabilité qu'une personne en état de tension conserve ses anciennes cognitions (croyances et comportements) dépend du nombre, de l'ancienneté et de l'importance de celles-ci. Les cognitions existantes sont plus difficiles à modifier s'ils proviennent :

- d'un apprentissage qui s'est avéré difficile et éprouvant;
- d'une décision qui a été laborieuse et engageante;
- d'une entrée ardue et sélective dans un groupe (Chabrol et Radu, 2008).

La dissonance peut donc renforcer les comportements habituels et inhiber l'adoption de nouveaux comportements, d'où l'importance de la prendre en compte quand un message est transmis. Toutefois, d'autres éléments peuvent être des barrières. C'est notamment le cas des résistances personnelles qui peuvent parfois provenir de plusieurs sources.

1.4.3 Résistances personnelles

Importantes à considérer et à reconnaître, les résistances personnelles peuvent représenter une barrière importante à la modification des comportements. Ces résistances peuvent prendre diverses formes et provenir de plusieurs sources. Les réactions face aux communications environnementales visant à modifier des comportements peuvent être positives (réceptivité, engagement, etc.), négatives (stress, cynisme envers le changement, etc.) ou ambivalentes (attitudes et réactions conflictuelles) (Piderit, 2000). Impossible à prévoir, celles-ci ne sont pas statiques et doivent, par conséquent, être suivies dans le temps. Lors de l'implantation d'un changement, considérer les réactions des individus est primordial. Cela permet de cerner les attitudes négatives qui, si elles sont ignorées, risquent de prendre de l'ampleur et réduire les

chances de succès des campagnes de communication. (Soparnot, 2005; McKay et autres, 2013) Une réaction commune est la résistance. Dans les organisations et entreprises à l'échelle mondiale, la résistance au changement est d'ailleurs reconnue comme la principale cause d'échec des stratégies visant à modifier des comportements (Erwin et Garman, 2010). Bien que grandement utilisé dans le contexte organisationnel, le concept de résistance s'applique également aux réformes et actions initiées par le gouvernement et les institutions publiques (Angel et Steiner, 2013).

La résistance est l'action par laquelle une personne tente de rendre sans effet une intervention dirigée vers elle. Cette dernière implique une réticence à modifier ses comportements, ses représentations ou ses idées ainsi qu'une opposition et un refus d'obéir. (Bareil, 2004; Dicquemare, s.d.) La résistance peut se manifester à la fois de manière ouverte par sabotage et opposition de vive voix ou de manière plus discrète en manipulant de l'information ou en ridiculisant le changement auprès des siens, etc. (Giangreco et Peccei, 2005; Lines, 2005).

La résistance provient de deux éléments : les caractéristiques du message et les dispositions personnelles des gens visés par le changement. Les dispositions personnelles peuvent être les expériences antérieures des individus, leur niveau de fatalisme, leurs traits dominants, leurs biais cognitifs, etc. Quant aux caractéristiques du message, ceux-ci incluent sa clarté, son réalisme et son niveau de détails. D'ailleurs, il a été démontré qu'un message a plus d'impact sur les comportements et fait face à moins de résistance s'il est clair, réaliste et suffisamment détaillé. (Wanberg et Banas, 2000) À titre d'exemple, un bulletin météo incluant des informations précises sur l'avènement d'un ouragan et les actions à porter a un impact positif plus grand sur les évacuations qu'un message basé uniquement sur la persuasion (Weiss et autres, 2011).

S'intéressant de manière plus spécifique aux dispositions personnelles, Oreg (2003) a identifié six sources de résistance : la réticence à perdre le contrôle, la rigidité cognitive, le manque de résilience psychologique, l'intolérance envers la période attribuée pour modifier ses comportements, la préférence pour des niveaux de stimulation faibles ou pour la continuité et la réticence à abandonner ses vieilles habitudes. La première source émerge lorsque les gens ont l'impression de faire face à un changement imposé et qu'ils perdent le contrôle de leurs décisions. Liée à des traits de dogmatisme, la rigidité cognitive peut aussi prédire la réaction d'un individu face à un changement. À cet effet, les personnes plus dogmatiques ont tendance à être plus rigides et à avoir l'esprit fermé. Ce type de personne est donc moins enclin à modifier ses agissements. (Oreg, 2003) Quant à la résilience psychologique, certains chercheurs indiquent que les changements sont des sources de stress. Par conséquent, les personnes résilientes ont plus de facilité à adopter de nouveaux comportements. (Wanberg et Banas, 2000) Lorsqu'un changement de comportement est promu, celui-ci est souvent accompagné d'une période

d'ajustement. Ces périodes sont parfois contraignantes ce qui crée des réticences et de la résistance chez certaines personnes. En ce qui concerne la préférence pour la continuité et la faible stimulation, plusieurs études ont démontré que les gens qui résistent sont principalement ceux qui n'aiment pas la nouveauté (Steg et Vlek, 2009). Enfin, la réticence à abandonner ses vieilles habitudes est positivement liée à la résistance au changement. Ce lien est dû au confort engendré par la familiarité (continuité) et les habitudes. Ces dernières sont guidées par des processus cognitifs automatiques et non par un raisonnement réfléchi. Elles se forment lorsque les gens agissent d'une même façon dans des situations similaires données. Plus les agissements sont fréquents plus l'habitude est forte. (Steg et Vlek, 2009) Une perturbation de ces habitudes crée un inconfort, ce qui provoque des résistances (Oreg, 2003).

Outre les dispositions personnelles et les caractéristiques du message, certains auteurs mettent de l'avant l'importance de l'aspect situationnel dans les résistances. L'aspect situationnel réfère à la façon dont le changement est mis en place. La façon dont ce dernier est encouragé est importante à considérer, car il peut donner lieu à un sentiment d'injustice influençant son acceptation. (Folger et Cropanzano, 2001) Plus le sentiment d'injustice est fort plus la résistance est importante (Bovey et Hede, 2001). Selon la théorie de justice de Folger et Cropanzano (2001), le sentiment d'injustice résulte de trois types de contrefaits : les états alternatifs (lorsque les individus considèrent que d'autres alternatives auraient été possibles), les actions alternatives (lorsque les gens croient que les responsables du changement avaient la possibilité d'agir différemment) et les devoirs alternatifs (lorsque les gens pensent que les responsables du changement auraient dû agir différemment). De plus, des recherches réalisées spécifiquement dans les organisations ont démontré que la résistance peut provenir d'un sentiment de perte lorsque la routine est perturbée (Burke et autres, 2008; Diamond, 2003).

Sur le plan des résistances, il importe toutefois de mentionner que celles-ci sont propres à chaque personne. Un même message peut ainsi entraîner une variété de réactions et de résistances. Néanmoins, en étant à l'écoute des gens, il est possible de déterminer les principales résistances et d'agir en conséquence. Principalement négative, la résistance peut cependant s'avérer être positive. Dans ce cas elle offre l'opportunité à l'émetteur du message d'identifier les faiblesses de son approche, d'ajuster son intervention et d'établir un dialogue avec les instigateurs de la résistance. Saisir ces opportunités peut favoriser l'adhésion au changement et la construction d'une relation de confiance entre l'émetteur et les récepteurs du message. (Courpasson et autres, 2012; Ford et Ford, 2010; Lines, 2004; Mabin et autres, 2001; Piderit, 2000).

Pour conclure, bien que chaque personne évolue distinctement au sein du processus d'influence, il est possible d'encourager les gens à adopter un nouveau comportement. Pour ce

faire, il faut agir sur les facteurs d'influence des comportements et tenter de réduire les barrières au changement. Les théories et concepts de communication publique permettant d'agir sur les facteurs d'influence et les barrières au changement sont décrits dans le chapitre suivant.

Chapitre II : CADRE THÉORIQUE

2.1 FONDEMENTS THÉORIQUES DE L'ÉTUDE

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

2.1.1 Les fondements théoriques et historiques de la modification du comportement

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

2.1.1.1 Avant la révolution behaviouriste

Au moment où apparaît le mouvement behaviouriste aux Etats-Unis, le fonctionnalisme vient insensiblement d'ébranler la plupart des fondements théoriques et méthodologiques de l'Ecole Structuraliste. Né en Europe, le structuralisme a consacré la rupture entre la philosophie et la psychologie. Wundt a établi la psychologie comme la science de la nature, lui a donné ses méthodes et a délimité son domaine d'application. La psychologie naissante est définie comme la science de l'expérience consciente. Celle-ci étant par définition inobservable de l'extérieur, la

méthode d'investigation sera l'auto-observation ou introspection. Titchener, après un bref séjour en Allemagne, importe le structuralisme aux États-Unis. À quelques détails près, il reste fidèle à son maître allemand. L'objet de la psychologie reste l'expérience consciente et le seul moyen d'y accéder, l'introspection. Les buts de la psychologie sont inchangés : réduire les processus conscients à leurs éléments de base les plus simples, en déterminer les lois de composition et les sous-basements physiologiques.

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

2.1.1.2 Le manifeste de Watson

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

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

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

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

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

Le but de la psychologie est la prédiction et le contrôle du comportement. L'apport principal de Watson (1913) est d'avoir rassemblé en un tout cohérent des idées déjà existantes. L'aspect unique de son manifeste est son caractère provocateur : l'évacuation radicale du champ de la psychologie des phénomènes de conscience. Les méthodes utiles en psychologie et les seules recevables sont alors l'observation des comportements, l'analyse des réflexes conditionnés, le compte rendu verbal et les tests. Toutes ces méthodes existaient déjà, mais la manière d'envisager les faits recueillis est singulièrement modifiée. Ainsi, les résultats obtenus aux tests sont à considérer comme des échantillons de comportements et non comme des mesures ou des indicateurs de facultés mentales sous-jacentes. Le rapport verbal devient un comportement moteur objectivement observable ; il peut donc être analysé comme n'importe quelle autre réaction. De même, la pensée, considérée jusque-là comme un processus mental, est ramenée à la périphérie de l'organisme et se réduit à des comportements moteurs d'amplitude infime. La

centration exclusive sur les méthodes objectives et le rejet de l'introspection change la manière de voir le sujet humain dans la situation de laboratoire. Dans le système structuraliste, le sujet est à la fois l'observateur et l'observé. Pour le behaviouriste, son rôle devient moins important : le sujet se comporte simplement, il devient l'objet d'une observation. Les éléments fondamentaux de l'observation sont d'une part le stimulus, d'autre part la réponse (toute contraction musculaire ou sécrétion glandulaire). Entre les deux, dans la filiation directe des travaux de Pavlov, existe une relation de cause à effet : l'organisme réagit au stimulus. Cette relation d'antériorité du stimulus sur la réponse permet la prédiction de la réponse, l'agencement des stimuli, le contrôle du comportement.

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

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

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

En bref, la thèse centrale du béhaviourisme skinnérien peut se résumer comme suit : tous les organismes vivants sont sensibles aux conséquences de leur propre comportement. Pour caractériser ce type de relations entre l'organisme et son environnement, trois éléments doivent être spécifiés :

- La conduite émise ou réponse ;

- Les circonstances dans lesquelles elle se produit ;
- Les conséquences renforçantes.

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

2.1.2 Les conceptions du changement de comportement

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

2.1.2.1 La conception rhétorique du changement de comportement

Elle s'adresse à l'homme rationnel : l'idée détermine les actes et donc, pour obtenir un changement de comportement, on cherche à modifier ses idées. Dans le cadre de la lutte contre les maladies par la mise en œuvre de mesures de prévention, il est donc nécessaire de modifier les idées néfastes des individus sur celles-ci afin d'espérer un quelconque changement.

2.1.2.1.1 Communication persuasive et changement de comportement

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

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

communication persuasive a sans doute fait l'objet de nombreuses recherches dans la mouvance des travaux initiaux de Hovland et McGuire.

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

Nous constatons toutefois qu'on est passé, dans un premier temps, d'une conception behaviouriste (Daval, 1963 ; Stoetzel, 1963 ; Flament, 1965 ; Zajonc, 1967) à une conception cognitiviste (Newcomb, Turner et Converse, 1972 ; Moscovici, 1973 ; Von Cranach, 1973) et dans un second temps, d'une conceptualisation de la communication en termes de transmission de l'information (Doise, 1978 ; Leyens, 1979 ; De Montmollin et Rimé, 1984), à la co-construction de la référence (Ghiglione, 1986, 1988, 1989). La psychologie sociale, tributaire des théories dominantes, a étudié longtemps la communication persuasive selon un modèle plus ou moins behaviouriste, modèle lui-même inscrit dans un modèle linéaire de transmission de l'information. Les recherches en psychologie sociale mettent l'accent sur la forme et la structure des messages émis vers une cible, sur leur contenu, leur sens, les caractéristiques de chacun des termes du schéma de la communication.

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

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

2.1.2.1.2 La résistance à la persuasion

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

D'une manière générale, la résistance à la persuasion est d'autant plus grande que l'attitude est enracinée dans la personnalité de l'individu, qu'elle fait partie de son identité personnelle et sociale, et qu'elle est partagée par des proches (amis, parents, voisins, frères, etc.) et des groupes de référence. L'environnement psychosocial du sujet peut ainsi inciter le sujet à la résistance, à la persuasion. Nous prenons l'exemple des professeurs de Lycée qui demandent aux jeunes élèves de s'abstenir et sont encore les premiers à les solliciter pour des rapports sexuels. Il en est de même des parents, des frères, des amis qui sont des mauvais modèles pour les adolescents, dans la mesure où ils ne mettent pas en pratique ce qu'ils recommandent aux adolescents (abstinence, fidélité, condom). C'est aussi le cas des messages de certaines ONG qui sont parfois controversés (paradoxaux). Elles prônent l'abstinence et sur leurs affiches, on voit des petites filles avec des préservatifs. La résistance des adolescents à la persuasion face au VIH/Sida peut aussi découler de la non-maîtrise des émotions et des pulsions sexuelles. Elle peut donc être individuelle.

2.1.2.1.3 La réactance: la résistance individuelle

Dans son livre sur la réactance psychologique, Brehm (1966) cité par Doise (1978) présente l'amorce d'une théorie psychologique de la liberté. Selon cette théorie, chaque fois qu'un comportement accessible à un individu est pour une raison ou une autre retiré de son champ des possibles (ou menacé de l'être), cet individu ressent une restriction de sa liberté, ce qui éveille en lui un état de réactance psychologique, état émotionnel orienté vers un recouvrement de sa

liberté. Cet état sera inféré de divers comportements qui en seraient issus : réévaluation d'un choix menacé, expression d'un choix différent du choix proposé, changement d'attitude inverse à la position présentée, etc. L'ampleur ou l'importance de cette réactance psychologique est fonction de trois facteurs : l'importance des comportements éliminés ou menacés de l'être ; la proportion de comportements éliminés ou menacés de l'être ; et l'intensité d'une menace. Dans le cadre du VIH/Sida, il s'agit de la privation de certains désirs, plaisirs, besoins qui ont une importance incontestable dans la vie du sujet.

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

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

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

Nous pouvons résumer la résistance psychologique de Brehm comme suit :

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

Pour cette stratégie (réactance), on peut l'amener à se comporter d'une manière donnée.

Par exemple, les films interdits aux moins de 16 ans parce qu'ils sont interdits = désir plus intense de les voir, évaluation plus positive. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, certaines conduites défavorables comme la précocité sexuelle, le multi partenariat, le non-usage du condom, ont été proscrites (interdites). D'après le modèle de Brehm, la résistance des adolescents à ces conduites peut s'expliquer comme suit : précocité sexuelle, multi partenariat sexuel, non usage du préservatif parce qu'ils sont proscrits = désir plus intense chez les adolescents de les pratiquer. Notre préoccupation consiste à montrer que la résistance à l'usage du préservatif constatée chez les adolescents peut se justifier évaluation plus positive chez les adolescents. Il faut toutefois noter que les désirs, besoins, plaisirs, émotions suscités par l'acte sexuel selon qu'il est réalisé avec ou sans préservatif peuvent favoriser la réactance et la rendre caduque.

Une autre étude menée par Wicklund et Brehm (1976) sur les changements d'attitudes liées à une situation de censure permet de rendre compte de façon plus précise d'un état de réactance. L'hypothèse de cette expérience considère la censure comme une pression sur la liberté qui

pouvait déclencher des réactions pour la préserver. Il est apparu que les individus informés de la censure avaient développé une attitude encore plus prononcée en faveur de l'attitude interdite. La censure n'a donc aucunement modifié leurs attitudes dans le sens désiré. Dans le cadre de la lutte contre les maladies, la censure est la mort ou les souffrances causées par elles.

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

2.1.2.2 La conception technologique du changement de comportement

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

2.1.2.2.1 Dissonance communicationnelle et changement de comportement

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

Les cognitions sur les mesures de prévention édictées en situation de maladies d'une manière générale, regroupent tous les éléments cognitifs qui y sont relatifs : les perceptions (c'est-à-dire le sens que les individus leur donnent), les attitudes propositionnelles (composante cognitive des mesures) les émotions (composante affective des mesures préventives), les comportements (internalisation des actions). De l'ensemble de ces cognitions résultent les attitudes qui sont des dispositions psychologiques positives ou négatives en rapport à un objet concret, abstrait ou à un comportement. La théorie de la dissonance cognitive considère que deux éléments de cognition (perception, attitudes propositionnelles ou comportementales) sont en rapport ou pas (un lien

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

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

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

Nous pouvons résumer cette situation par le schéma suivant : Conflit comportement – attitude → malaise, d'où justification (suffisante ou insuffisante (soumission forcée ou librement consentie)) ; effet de l'effort et de la sur-justification. Dans le cas de la communication pour la santé publique, ce schéma se présente comme suit : conflit communicationnel (au niveau de la langue de communication) – attitude → malaise, d'où justification ou sur-justification par l'adoption des conduites contre attitudinales, ce qui peut entraîner la résistance ou le changement.

Croyle et Cooper (1983) dans une expérience ont mis en évidence l'apport de l'excitation psychologique et physiologique dans les changements d'attitudes. Leur expérience consiste à écrire un texte contre attitudinal. Le schéma est le suivant : écrire un texte contre attitudinal → dissonance → malaise physiologique et psychologique → changement d'attitude → réduction du malaise. Dans le cas de la communication, la dissonance communicationnelle peut se confronter à une tension langagière dont seule la résistance due au fait de l'incompréhension pourra permettre à l'individu de manifester son mécontentement. Cette tension communicationnelle, si elle est mal négociée peut conduire l'individu à une véritable résistance au changement d'attitude et de comportement.

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

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

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

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

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

2.1.2.2.2– Auto perception et changement de comportement

Bem (1972) ne conteste en rien la réalité des effets produits par les théories de la dissonance, et notamment ne conteste en rien la réalité de l'effet de soumission forcée selon laquelle le changement d'attitude induit par l'émission d'un discours contre attitudinal est inversement proportionnel à l'importance de la récompense promise au sujet. Il en a simplement une autre théorie, encore plus simple que la théorie de la dissonance : la théorie de l'auto perception (self-perception theory). Selon la théorie de Bem (1972), le sujet déduit ses attitudes de ses propres comportements dont il s'aperçoit. Cette théorie explique bien la formation de nouvelles attitudes, mais elle ne réussit pas à expliquer le changement d'attitude qui se produit quand un sujet est induit par des circonstances pas très nettes à commettre un acte qui contredit manifestement son

attitude. Selon Bem (1972), les gens n'ont pas une appréhension immédiate de leurs états internes, ils ne savent pas immédiatement ce qu'ils ressentent. Ils sont donc réduits à faire des inférences à partir des informations manifestes dont ils disposent, c'est-à-dire que le sujet va inférer son état interne à partir de ce qu'il vient de faire et des conditions dans lesquelles il l'a fait. Selon Bem, le changement d'attitude n'aurait rien à voir avec la dissonance.

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

2.1.2.2.3 Auto-efficacité et changement de comportement

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

Le fait qu'une personne pense pouvoir se motiver et réguler son comportement joue un rôle crucial dans la décision de changer des habitudes de vie néfastes ou d'entreprendre des activités restauratrices. L'inefficacité perçue à agir préventivement pour sa santé est un obstacle trop fréquent qui mène à la résignation des personnes confrontées à des risques tels que le tabagisme ou l'obésité, alors qu'elles peuvent en fait exercer du contrôle. Mais elles ont peu de raison

d'essayer si elles estiment ne pas avoir ce qui est nécessaire pour réussir. Si elles font une tentative, elles abandonnent facilement en l'absence des résultats rapides ou à la suite des rechutes.

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

Prochaska et ses collègues ont examiné dans une étude transversale le niveau d'efficacité perçue à différentes phases du changement d'habitudes (Prochaska, Di Clemente et Norcross (1992)). Ils ont trouvé que l'efficacité perçue s'élève lorsque les gens passent de l'indifférence vis-à-vis du changement d'habitudes à une sérieuse prise en compte, puis à la mise en route du changement, et enfin au maintien des changements obtenus. Les rechutes sapent la confiance des personnes en leur efficacité autorégulatrice.

Celles ayant un faible sentiment d'efficacité renoncent aux pratiques préventives. De plus, si elles s'estiment incapables de gérer la douleur, elles évitent le traitement correcteur (Klepac, Dowling et Hauge, 1982).

2.1.2.2.4 Engagement et changement de comportement

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

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

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

- Le sentiment de liberté qui est associé à l'acte ;

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

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

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

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

2.1.2.2.5 Soumission librement consentie et changement de comportement

Cette expression « soumission librement consentie », chère à Beauvais et Joule (1987, 1998) souligne le fait que le changement comportemental n'est pas obtenu autoritairement, ni même

par le biais de quelques stratégies persuasives, mais dans un contexte de liberté. Le sujet en arrive à décider de faire ce qu'il n'aurait pas fait spontanément, par exemple, rendre un service à quelqu'un dans l'embarras, défendre une bonne cause, donner de l'argent pour une œuvre de bienfaisance, etc. Ce n'est donc pas parce que le comportement en jeu est contraire aux convictions ou aux motivations du sujet qu'il se montre peu enclin à l'émettre, c'est plutôt parce que son coût est tel (pour lui en tout cas) qu'il préfère ordinairement s'en dispenser. Aussi, ces procédures semblent utiles à quiconque souhaite aider des individus à modifier leurs comportements.

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

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

La dernière technique de soumission sans pression est « la porte au nez ». Cette technique élaborée par Cialdini *et al.* (1975) repose sur le principe inverse de celui du pied dans la porte,

puisqu'on commence par formuler une requête trop importante pour pouvoir être acceptée avant de formuler celle qui porte sur le comportement attendu, une requête évidemment moins importante. Par exemple, on demande au sujet s'il accepterait l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage. Après refus, la seconde requête est formulée : accepter de porter le préservatif pendant tous leurs rapports.

En définitive, l'efficacité de ces trois procédures de soumission librement consentie passe par l'obtention d'un premier comportement (acceptation ou refus) qui a pour effet de rendre plus probable l'émission d'un comportement ultérieur allant dans le même sens. Dans le cadre de la communication pour la santé publique, le premier comportement serait s'approprier les mesures de prévention et le second comportement leur usage régulier. Car, le plus souvent, la seconde décision s'explique par une persévération ou persistance de la première, même après que l'individu ait été informé des conséquences effectives de son choix initial.

2.1.3 Influence sociale et changement de comportement

En communication pour le développement, l'étude du changement a pour but de comprendre les mécanismes sous-jacents au changement individuel, social et culturel, pour la recherche fondamentale que pour la recherche appliquée. Pour mieux appréhender le lien entre l'influence sociale et le changement de comportement, il est important de mieux scruter le phénomène d'influence sociale.

2.1.3.1 L'interaction au cœur du changement

L'influence sociale est un des mécanismes fondamentaux dont se préoccupe la psychologie sociale. Toutes les études qui tentent de saisir ce processus mettent en évidence une dimension essentielle de la relation avec autrui ainsi que de la relation entre individu et société. L'individu entretient des relations avec des personnes qui peuvent exercer sur lui des pressions susceptibles de l'orienter vers une résistance à l'usage des mesures préventives face aux maladies. La notion d'influence sociale, dans ce cas de figure, conceptualise le fait que les réactions, actions, conduites, attitudes, comportements de l'homme sont affectés par les interactions qui s'établissent entre lui et son mentor.

Selon Fisher (1996), le phénomène d'influence sociale « montre à la fois l'emprise que le social exerce sur l'individu et les modifications qu'elle entraîne au niveau des comportements ». Etant donné que l'individu ne vit pas dans un vide social, il est à noter que le contexte social peut entraîner des modifications du comportement qui n'auraient pas forcément eu lieu en l'absence de toute pression sociale. C'est dans ce sillage que Bloch *et al.* (1997) soulignaient que l'influence sociale renvoie à l' « ensemble des phénomènes qui concernent les processus par

lesquels les individus et les groupes façonnent, maintiennent, diffusent et modifient leurs modes de pensée et d'actions lors des interactions sociales ».

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

Le paradigme de la psychologie sociale énoncé par Moscovici (1984 : 9) met en évidence deux types de rapports : un rapport objectal et un rapport subjectal. Le rapport objectal est premier à la relation au sujet. C'est l'objet qui prédit le sujet. Le rapport subjectal intervient au moment où il y a échange, interaction entre les partenaires. Le rapport entre les partenaires dans une relation est essentiellement inégalitaire. L'inégalité s'explique par le fait que l'un des pôles de la relation est dominant tandis que l'autre est dominé. La maîtrise de l'objet de la relation donne la majorité psychologique.

2.1.3.2 La déviance

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

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

2.1.3.3 L'impact social

La théorie de l'impact social (Latane et Nida, 1980) propose à cet égard un éclairage intéressant. Cette approche montre qu'à l'intérieur d'un groupe, les normes ne sont pas toujours

rigides : les individus peuvent conserver une certaine liberté et, dans ce type d'interaction, ils ont un impact les uns sur les autres. Dans ces conditions, un déviant peut jouer de cette situation et amener, par exemple, le groupe vers d'autres positions que celles qu'il avait antérieurement. Plusieurs facteurs d'impact sur le groupe sont définis, selon cette théorie :

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

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

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

2.1.3.4 Une psycho-socialisation de la résistance au changement

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

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

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

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

2.1.4 Théories et modèles de changement de comportement de santé

Les hommes ont toujours essayé de comprendre et de prédire les comportements humains. C'est la raison pour laquelle ceux qui travaillent dans le domaine de la santé veulent connaître les facteurs qui agissent sur la promotion de la santé et sur les comportements favorisant la santé. Nous sommes particulièrement désireux de comprendre comment et pourquoi les individus et les groupes sociaux changent de comportements. De nombreuses théories en sciences sociales

tentent d'expliquer le changement de comportement. Dans le cadre de notre étude, nous accorderons un regard attentif aux modèles et théories qui cadrent avec notre préoccupation scientifique.

2.1.4.1 Le modèle transthéorique

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

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

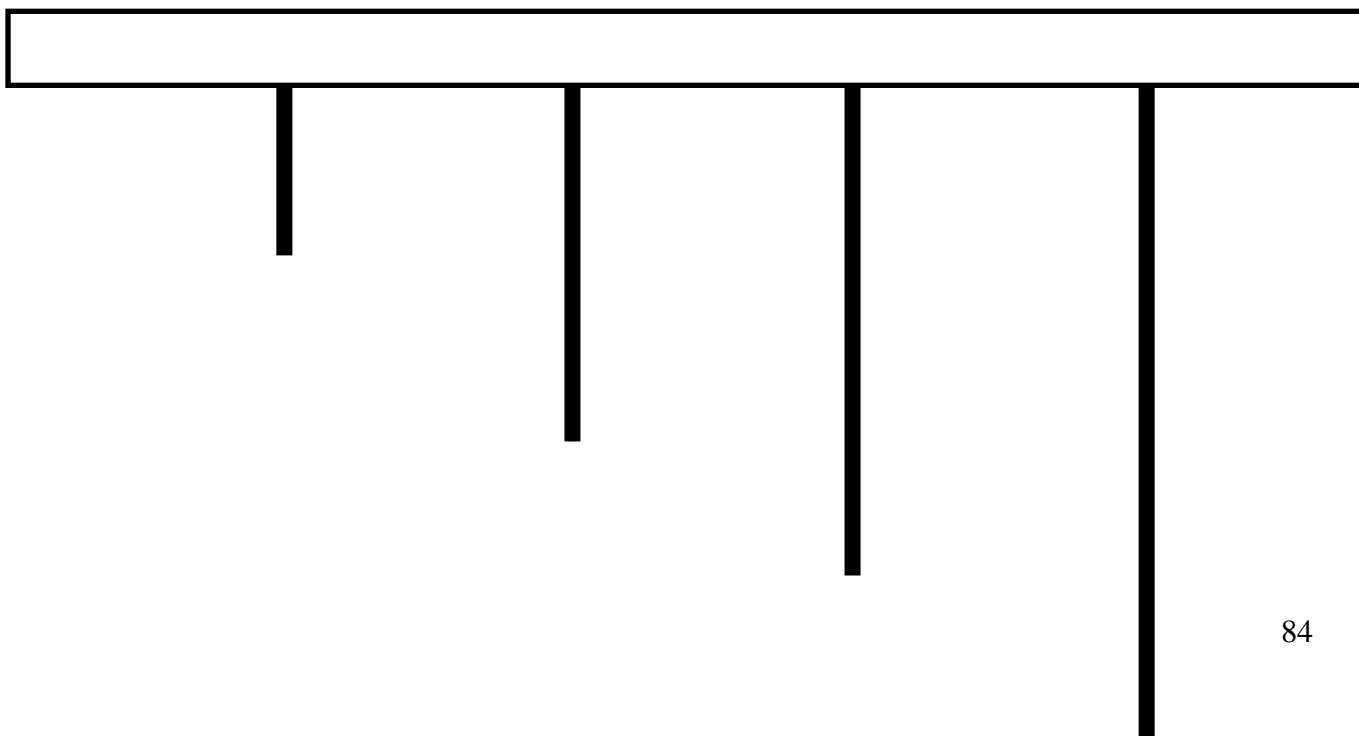


Figure 4: *Modèle transthéorique des stades du changement*

Source : Prochaska, DiClemente et Norcross (1992).

La figure 4 nous permet de comprendre que les interventions axées sur le modèle transthéorique (MTT) ont été conçues à l'aide de jalons empiriques qui se dégagent des observations susmentionnées. Ces interventions thérapeutiques se distinguent des autres formes d'intervention dans la mesure où elles associent les objectifs thérapeutiques à l'étape du changement où se trouve le client. Leur fondement tient au fait que l'étape de changement reflète des relations systématiques entre trois facteurs qui contribuent de façon non négligeable à l'évolution du client dans la voie du changement (envisager, planifier, amorcer et maintenir un changement). La disposition d'esprit du client à l'égard du changement est un important prédicateur de changement dans les premiers stades de la disposition. Elle se définit sur le plan opérationnel comme un équilibre décisionnel, par lequel le client pèse les avantages et les inconvénients liés à l'amorce du changement.

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

Dans le cadre de la lutte contre les maladies par l'adoption des mesures et instruments de prévention, ce modèle peut être extrêmement important pour susciter le changement de comportement et l'usage régulier des instruments de prévention. Cette théorie a été renforcée et améliorée par un autre modèle plus rigoureux et plus méthodique : le modèle en spirale des stades du changement de comportement.

2.1.4.2 Le modèle en spirale des stades du changement de comportement

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

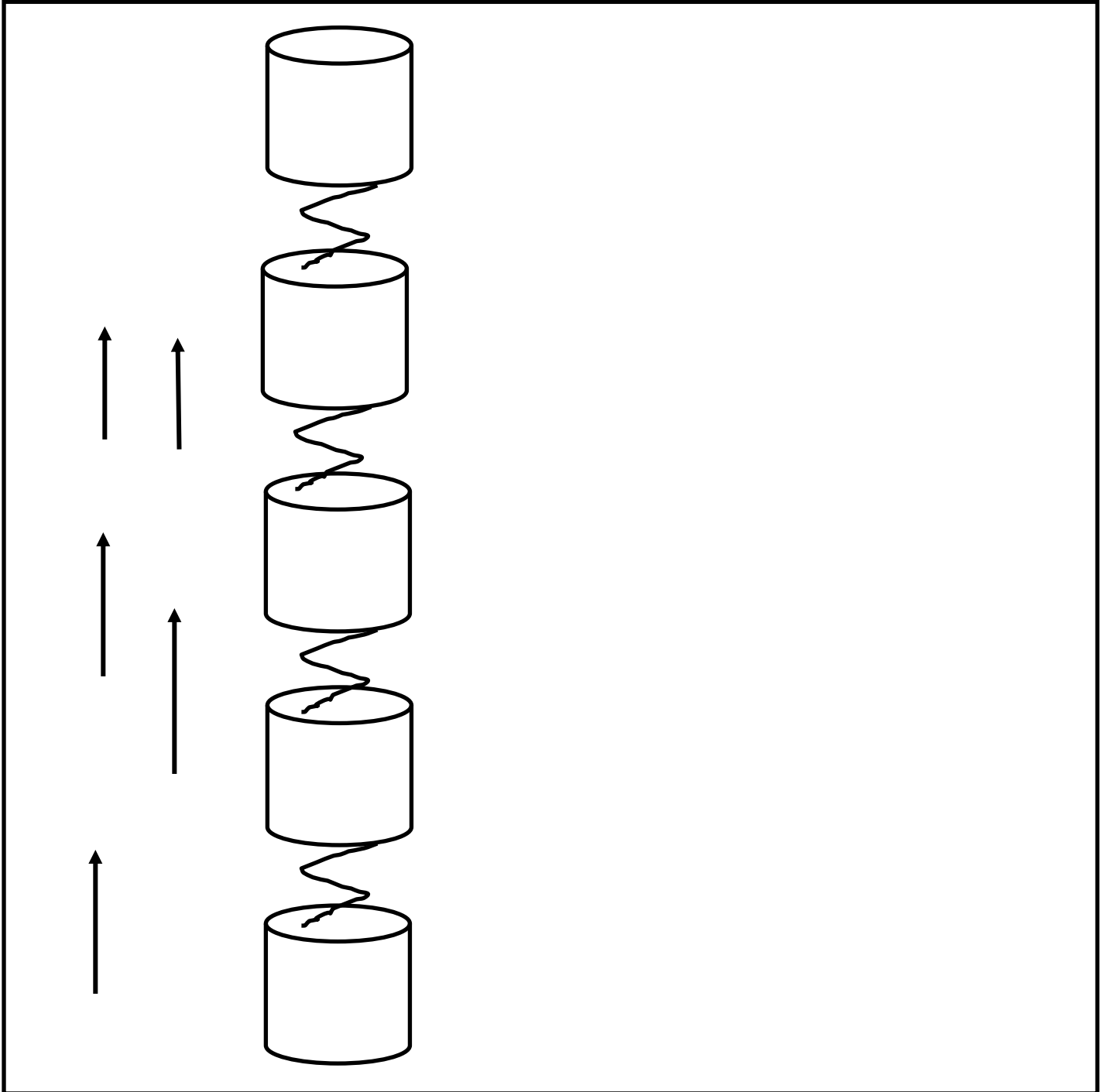


Figure 5: Modèle en spirale des stades du changement de comportement
Source : The communication Initiative (2002 a)

À la lumière de la figure 5, nous constatons que l'une des propriétés remarquables du schéma de Prochaska et ses collaborateurs est qu'il n'est pas linéaire, mais circulaire. On peut le dessiner comme une spirale, en y incluant ce qui n'est pas un stade, mais une transition entre deux stades, la rechute. C'est probablement ce qui fait la valeur opérationnelle de ce modèle : en qualifiant la rechute d'état transitionnel, normal en quelque sorte, explicable, voire obligatoire, ils la dédramatisent et permettent au soigné ou au soignant de la dépasser et de reprendre plus aisément la progression. En rechutant, la personne se retrouve à un stade antérieur, plus souvent la préparation que l'indétermination. Mais, ce n'est pas tout à fait la même qu'avant, car elle est plus riche de l'expérience vécue, et la reprise de la progression sera facilitée par les acquis. C'est pourquoi le modèle en spirale en trois dimensions est plus représentatif de cette progression qu'un simple cercle.

Ce modèle s'est avéré plus approprié dans le cadre clinique et il est plus riche que le modèle transthéorique. Car il tient compte des difficultés qu'il était possible de rencontrer au cours de la démarche de changement de comportement. Il a ainsi permis de mieux comprendre les retours dans les phases précédentes et les variations individuelles observées. Il peut bien être également exploité dans la lutte contre les maladies et le VIH/Sida surtout.

2.1.4.3 L'approche biopsychosociale

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

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

Dans une analyse globale des taux de mortalité dans des pays et entre pays, Fuchs (1974) a montré que les dépenses de soins médicaux n'ont qu'un faible impact sur l'espérance de vie. Des améliorations de la qualité de la médecine préventive et des programmes d'immunisation ont

augmenté l'espérance de vie. À côté du capital génétique, la santé physique est largement déterminée par les habitudes de vie et les conditions environnementales. Les individus souffrent de troubles physiques et meurent prématurément essentiellement en raison d'habitudes néfastes évitables. Certains comportements alimentaires augmentent le risque de maladies cardiovasculaires et de certains types de cancer ; la sédentarité affaiblit les capacités et la vitalité cardiovasculaires ; le tabagisme crée un risque important de cancer, de troubles respiratoires et de maladies cardiaques, l'alcoolisme et la toxicomanie font des ravages sur les corps ; les maladies sexuellement transmissibles peuvent entraîner de graves conséquences sur la santé ; des personnes sont mutilées ou amoindries par la violence physique et par d'autres activités caractérisées par les risques physiques ; enfin, des modes dysfonctionnels de *copying* face aux stressors peuvent diminuer l'aptitude du système immunitaire à combattre la maladie.

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

Fries et Crapo (1981) ont rassemblé une grande quantité de résultats qui montrent que la limite supérieure de la vie humaine est fixée biologiquement. Les gens sont dotés de réserves dans les fonctions organiques bien supérieures à ce dont ils ont besoin. En vieillissant, ils subissent un déclin graduel de cette large réserve biologique, ce qui accroît leur susceptibilité aux maladies et handicaps. Les facteurs psychosociaux déterminent partiellement la qualité de vie potentielle. En modifiant des comportements qui ralentissent le processus de vieillissement et évitent le développement de maladies et de handicaps chroniques, les gens vivent non seulement plus longtemps, mais en meilleure santé. Si l'on retarde l'apparition des troubles, les problèmes physiques du « grand âge » sont réduits à une courte période à la fin ultime du cycle de vie (Butler & Brody, 1995).

2.1.4.4 Théories cognitives sur le comportement de santé

Les théories cognitives sur le comportement tentent de prédire ce que les individus feront dans certaines circonstances. Le défi ici consiste à déterminer quelles cognitions sont essentielles et quel degré de changement elles annoncent. Une des hypothèses majeures des théories actuelles sur le changement de comportement veut que les intentions d'un individu constituent un facteur essentiel du comportement. On estime que celles-ci sont fonction, à la fois, des conséquences attendues du changement, des influences sociales et des émotions perçues (Fishbein, 1982). La mesure de l'intention a supplanté celle des attitudes, dès lors qu'on entend prédire un

changement de comportement. Par exemple, nombreux sont les hommes qui savent qu'ils doivent utiliser les instruments de protection contre les maladies et avoir un comportement responsable et il en découle une intention : ils décident d'acheter un préservatif dans le cadre du VIH/Sida et de le porter régulièrement pour éviter la maladie. Si une large proportion de ceux chez qui une telle intention se fait jour procède réellement aux changements de comportements attendus, on en déduira que la mesure de l'intention est un bon outil de prédiction.

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

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

Dans les théories basées sur les étapes, l'intention est considérée comme la dernière étape avant l'adoption d'un nouveau comportement. Les modèles cognitifs supposent généralement que l'auto-efficacité (confiance en soi, certitude que l'on a les moyens de procéder à un changement) est en jeu et que le rôle spécifique du contexte peut également s'y ajouter, en tant que perception des normes sociales et des barrières à l'action (Masters, Creer et Gerards, 2002). Les approches cognitives faisant appel à la motivation sont jugées importantes pour ceux qui vont innover de nouveaux comportements. Cette importance accordée aux approches cognitives

est en partie due au fait que les cognitions sont des déterminants incontestables du comportement. Toutefois, au regard de la complexité du comportement, il est indispensable de ne pas seulement se référer aux cognitions mais de tenir compte d'autres déterminants aussi importants comme le contexte.

2.1.4.5 Théories concernant le contexte des comportements de santé

De nombreux facteurs ont été identifiés par l'épidémiologie moderne, comme déterminants environnementaux du comportement : type d'emploi et statut, revenus, instruction et niveau d'éducation, répartition de la prospérité dans la société, services communautaires et services de santé et accès à ces services (Evans et Stoddart, 1994). Dans le cas de la communication pour la santé publique, ces déterminants ont une influence particulière. Tout le monde est susceptible de tomber malade. C'est la raison pour laquelle le contexte auquel nous faisons allusion est le lieu, le milieu, l'environnement, l'atmosphère, les circonstances dans lesquelles les locuteurs, en situation de communication, interagissent.

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

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



Le comportement est, dans cette opération, une variable dépendante qui est fonction de l'environnement (contexte) ou de l'interaction entre les deux. La perspective psycho-écologique repose sur l'idée fondamentale selon laquelle l'environnement et la personne s'influencent permanemment. C'est dans ce sillage que Barker stipulait qu'il existe « des similitudes entre les

éléments du milieu et les comportements qu'on y retrouve » (Barker, 1975). Dans cette conception, l'environnement (sous la forme de relations interpersonnelles) façonne et maintient le comportement, mais les individus peuvent réagir et changer leur environnement.

D'une manière générale, les théories environnementales tendent à regarder au-delà de la volonté individuelle et rejettent à des degrés divers le souhait ou d'autres cognitions, pour se baser sur l'hypothèse que même si les attitudes interfèrent dans les réactions d'une personne à un contexte, c'est l'environnement qui influence les choix comportementaux. On dit d'une théorie générale liée au contexte qu'elle est une approche « écologique », si elle identifie des niveaux d'influence multiples et réciproques : facteurs individuels et intra-personnels (biologie, psychologie et comportement), facteurs interpersonnels, institutionnels ou organisationnels, facteurs communautaires et de politique publique. Cette perspective donne aux éléments cognitifs un rôle relativement modeste dans le comportement de santé lié au contexte, qui est divisé en plusieurs catégories.

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

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

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

Toutefois, précisons que l'incitation est une stratégie essentielle pour le changement social. C'est une tentative systématique d'obtenir un soutien politique et social de la part de la population en faveur de changements liés à la santé. Elle ne propose pas de solutions individuelles mais tente de recueillir le soutien nécessaire pour réaliser des changements dans l'environnement social qui justifient ou invalident certains comportements, créant des changements dans les conditions sociales qui permettent aux individus d'adopter un

comportement sain (Chapman, 2001 ; Wallack, Dorfman, Jernigan *et al.*, 1993). La mobilisation sociale est une extension de ce principe d'incitation pour obtenir des changements dans les conditions sociales.

2.1.4.6. Le « *Health Belief Model* » (HBM)

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

Tout comme Lewin, les premiers chercheurs (Hochbaum, Rosenstock et Kegeb) ont inclus dans ce modèle un composant fort du monde perceptif de l'individu se comportant. Plus tard, ils ont inclus la motivation comme un autre composant important. Ils se sont également intéressés à la dynamique de l'individu, croyant que ses expériences antérieures influencent son action. C'est ainsi que le HBM a été appliqué à toutes les études et à tous les types de comportement de santé. Il ressort de ces travaux que la motivation qu'a une personne pour entreprendre un comportement de santé peut être divisée en trois principales catégories : les différentes perceptions, les comportements de modification et la probabilité d'action.

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

* **Menace perçue** : elle se compose de deux parties : susceptibilité perçue et sévérité perçue d'un état de santé.

– **Susceptibilité perçue** : perception subjective au risque de contracter la maladie.

– **Sévérité perçue** : sentiments au sujet du sérieux de contracter une maladie ou de la laisser non traitée (évaluations y compris des conséquences médicales et cliniques et des conséquences sociales possibles).

* **Avantages perçus** : l'efficacité crue (perçue) des stratégies conçues pour réduire la menace de la maladie.

* **Barrières perçues** : les conséquences négatives potentielles qui peuvent résulter de l'adoption des mesures préventives (particulières) de santé, y compris l'examen médical, psychologique, et les dépenses financières.

* **Sélection à l'action** : événement corporels (par exemple, symptômes physiques d'un état de santé) ou ambiants (par exemples, publicités des médias) qui motivent des personnes à agir (pour agir). Les sélections aux actions est un aspect du HBM qui n'a pas été systématiquement étudié.

* **D'autres variables** : Les variables démographiques, psychosociologiques et structurales diverses qui affectent les perceptions d'un individu et de ce fait influencent indirectement le comportement relatif à la santé.

* **L'auto-efficacité** : La croyance pour l'individu de pouvoir exécuter avec succès le comportement requis pour produire les résultats désirés. (Bandura, 1977).

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

Le HBM a été appliquée à une variété de programmes d'éducation sanitaire comprenant l'éducation sexuelle. Puisqu'il est basé sur les motivations à agir des personnes. Il peut être un bon ajustement pour les programmes d'éducation à la sexualité qui se focalisent sur les aspects ci-dessous :

* **Prévention primaire** : par exemple, les programmes qui visent à empêcher les maladies et le VIH en augmentant l'utilisation des moyens de prévention ;

* **Prévention secondaire** : par exemple, les programmes qui visent à augmenter, favoriser le dépistage des maladies pour réduire leur diffusion par l'intermédiaire des rapports non protégés et pour assurer le traitement.

L'un des problèmes qui affectent le HBM est que des questions différentes sont employées dans différentes études pour déterminer la même croyance ; par conséquent, il est difficile de concevoir les essais appropriés du HBM et de comparer ses résultats à d'autres résultats

d'études. Une autre raison pour laquelle la recherche ne soutient pas toujours le HBM est que les facteurs autres que la croyance de santé influencent également et fortement des pratiques en matière de comportement de santé. Ces facteurs peuvent inclure : influences spéciales, facteurs culturels, statut socio-économique et les expériences antérieures. C'est ainsi que nous trouvons nécessaire d'explorer une autre théorie comme la théorie sociale cognitive qui accorde un regard particulier aux facteurs sociaux pour mieux comprendre les raisons de la résistance au changement de comportement face aux maladies.

2.1.4.7 La théorie sociale cognitive (TSC)

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

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

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

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

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

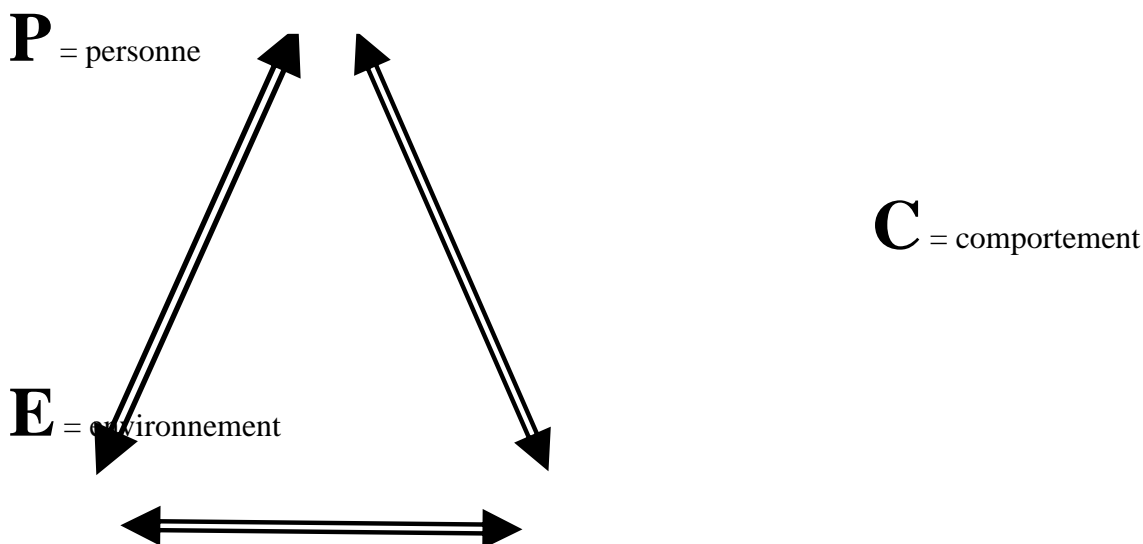


Figure 6 : Schéma des déterminismes réciproques dans la théorie sociale cognitive de Bandura (1986).

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

ni que chacun des trois facteurs intervienne avec la même force dans une situation donnée ni que les trois facteurs soient concernés en même temps.

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

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

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

Bien que les concepts centraux des modèles de Ajzen et Fishbein soient appelés attitudes et normes sociales, les deux sont opérationnalisés comme des croyances relatives aux résultats. Le

facteur d'attitude réfère aux coûts et bénéfices anticipés du comportement et le facteur normatif réfère aux résultats sociaux anticipés. La TSC englobe ces deux types d'attentes de résultat plus le troisième type important, qui est enraciné dans les critères personnels et les auto-sanctions. Ajzen (1985) a élargi le modèle conceptuel de l'action raisonnée en y ajoutant le contrôle comportemental perçu. La recherche de Dzewaltowski (1989) indique que ce contrôle mesure essentiellement le sentiment d'efficacité personnelle des individus. Donc, quand l'efficacité personnelle perçue est incluse comme prédicteur, le contrôle comportemental ne produit pas de contribution indépendante à la performance. Dans des tests comparatifs, le modèle élargi, appelé théorie du comportement planifié, a un plus grand pouvoir prédictif que la version originale dépourvue du facteur identique à l'efficacité. Avant d'explorer le modèle élargi et la version originale (la théorie de l'action raisonnée) intéressons-nous un tant soit peu au modèle de motivation de protection qui pose des problèmes du sentiment d'auto-efficacité sous l'angle cognitif.

2.1.4.8 Le modèle de motivation de protection

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

Une nouvelle version de la théorie de Rogers (1983) introduit le concept d'efficacité personnelle (self-efficacy ou personal efficacy) comme quatrième variable cognitive médiatrice de la motivation à la protection (Maddux et Rogers, 1983). Ce concept provient de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1997, 1998) et réfère à la capacité perçue de l'individu d'adopter la recommandation proposée ou de faire ce qu'on lui demande. Les recherches montrent que l'efficacité des recommandations et l'efficacité personnelle sont de bons prédicteurs de l'intention d'adhérer aux recommandations et motivent les individus à se protéger (Floyd, Prentice-Dunn et Rogers, 2000 ; Girandola, 2000 ; Witte et Allen, 2000). Classiquement,

un message apeurant comprend deux parties. La première est consacrée à la description de la sévérité de la menace et à la vulnérabilité de la population concernée. La seconde propose des recommandations destinées à faire face à cette menace. Elle préconise soit un comportement de détection (par exemple, auto-examen des risques sexuels courus) en insistant à la fois sur sa facilité et sa fiabilité, soit à un comportement de prévention (par exemple, dormir sous une moustiquaire imprégnée, varier son alimentation, pratiquer des activités sportives de manière régulière, s'abstenir sexuellement, être fidèle à un partenaire, porter régulièrement un préservatif pendant les rapports sexuels).

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

Des analyses multivariées ont été conduites par des programmes de santé destinés à favoriser diverses activités liées à la santé, comprenant le passage d'examens médicaux pour des problèmes potentiels de santé, la réalisation de tests auto diagnostiques pour une détection précoce des maladies et l'adoption de pratiques qui réduisent le risque de maladie et améliorent la santé. Les contributions relatives des différents facteurs sont habituellement évaluées en relation avec les intentions de mettre en œuvre les pratiques de santé, moins souvent avec le comportement réel. Les résultats montrent très régulièrement que l'efficacité personnelle perçue et l'efficacité de réponse sont des facteurs fiables des actions de santé pour divers domaines de comportement. Les effets de la menace perçue, particulièrement la gravité, sont bien plus faibles et irréguliers (Kasen *et al.*, 1992 ; Rippetoe et Rogers, 1987 ; Stanley et Maddux, 1986 ; Taal, Seydel et Wiegman, 1990 ; Wurtele et Maddux, 1987). En effet, une haute menace personnelle perçue par la santé conduit souvent à une pensée dysfonctionnelle et à l'évitement des actions protectrices. Les obstacles perçus constituent de meilleurs prédicteurs du comportement préventif dans la version originale du modèle de croyance de santé (Janz et Becker, 1984). Il reste toutefois, à déterminer si les obstacles perçus rendent compte de la variation du comportement de santé quand l'influence des attentes de résultat négatif et d'efficacité personnelle perçue est éliminée.

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

2.1.4.9 La théorie de l'action raisonnée (TAR)

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

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

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

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

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

2.1.4.10 La théorie du comportement planifié (TCP)

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

Les intentions de l'individu d'émettre un comportement donné constituent le facteur central de la théorie du comportement planifié. Elles sont supposées saisir les facteurs motivationnels qui influencent le comportement. L'intention ne s'exprime en comportement effectif que si celui-ci

est sous le contrôle de l'individu. Les facteurs externes (temps, argent, connaissance, coopération des autres, etc.) déterminent le contrôle réel de l'individu sur le comportement.

La perception du contrôle sur le comportement se réfère aux ressources dont dispose l'individu, à ses propres capacités, aux opportunités disponibles ainsi qu'à la perception de l'importance d'arriver à accomplir les résultats. Le concept de perception du contrôle sur le comportement se rapproche le plus du concept d'auto-efficacité de Bandura (1982). En effet, les croyances d'un individu sur son auto-efficacité peuvent avoir une influence sur son choix d'activités, sur sa préparation pour l'activité et finalement sur l'effort qu'il met en place durant l'activité en question. Ainsi, si par exemple deux individus ont la forte intention d'apprendre une nouvelle langue, celui qui pense qu'il parviendra à le faire aura tendance à persévérer davantage que celui qui doute de ses capacités (Ajzen, 1991).

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

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

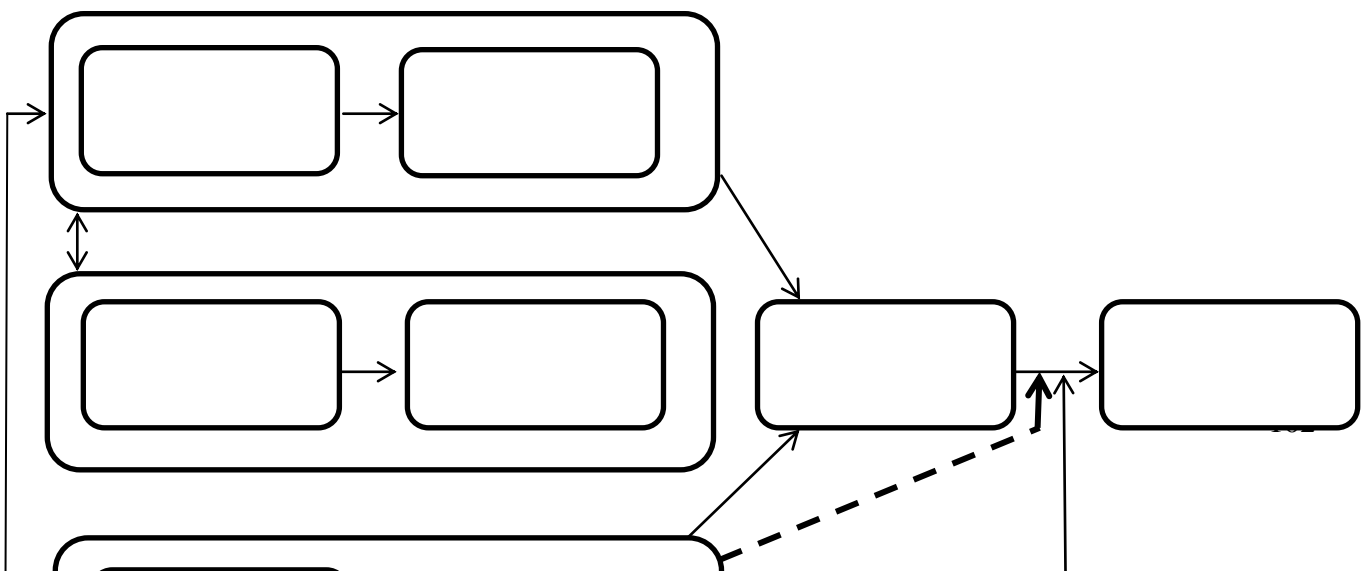




Figure 7: Théorie du comportement planifié

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

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

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

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

contrôle perçu au comportement jouera un rôle causal seulement lorsque le contrôle perçu et le contrôle effectif coïncident.

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

2.1.5 De l'intention de changer de comportements au changement de comportements

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

2.1.5.1 Le passage de l'intention à l'action

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

2.1.5.1.1 La motivation

Le rôle de la motivation dans la prise de décision a été étudié dans le cadre des théories de la décision, qui se proposent d'expliquer comment s'effectue le choix entre plusieurs alternatives quand il y a une incertitude sur le résultat. Les différentes conceptions qui ont été développées

reposent à peu près toutes sur l'idée que la décision de choix d'une alternative dépend d'une quantité qui est une fonction multiplicative de deux paramètres : l'importance de l'alternative du point de vue des motivations de l'individu et l'espérance du gain, liée à sa probabilité, telle qu'elle est estimée par le sujet.

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

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

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

2.1.5.1.2 La propension à l'action

Une autre composante de la sélection de la tâche est l'attitude du sujet, définie par une plus ou moins grande propension à l'action. C'est une caractéristique qui dépend de facteurs individuels mais qui peut être également modifiée par des facteurs de situation. Cette notion a été développée par le courant de recherche appelé théorie de l'action. Elle provient d'une objection faite au modèle de la décision, selon laquelle les paramètres que sont la valence et l'espérance du

succès ne se combinent pas nécessairement de façon multiplicative et que la fonction selon laquelle ils se combinent varie selon les tâches. Ainsi, Kuhl (1985) montre, à partir d'une étude portant sur des jeunes adolescents, que ces deux paramètres interviennent dans le choix des activités de loisir mais pas dans celui des activités routinières ou très contraignantes : c'est alors principalement la facilité de réalisation qui intervient dans le choix.

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

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

2.1.5.2 Le modèle de passage de l'intention à l'action de Dörner (1986)

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

1. vous devez réserver une table au restaurant ce soir pour dîner avec un ami, son épouse et votre épouse ;

2. votre fille a été absente à l'école hier, vous devez écrire une lettre d'excuses pour elle ;
3. vous avez à préparer pour le lendemain la feuille de route pour les chauffeurs de trois camions de livraison ;
4. vous devez déterminer les quantités de charbon à commander pour les mois prochains.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le système de sélection des intentions assure deux fonctions :

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

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

Ce modèle est très important dans la régulation temporelle des intentions. Il montre expérimentalement comment les intentions se confrontent avant qu'une seule accède au système cognitif (système de régulation qui assure la réalisation de la tâche). Ce modèle nous permet de

comprendre le jeu de forces entre les intentions. Dans le cadre de notre recherche, ce modèle nous permet de comprendre les trois systèmes qui interviennent dans la réalisation d'une intention et le conflit qui s'opère au moment de l'action. Il nous est important après ces propos sur les effervescences scientifiques qui s'opèrent entre le passage de l'intention à l'action, de présenter les variables intermédiaires qui peuvent anéantir l'intention et assurer la paternité de l'action.

2.1.5.3 De l'intention d'agir à l'action : les variables intermédiaires

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

2.1.5.3.1 Le contexte

De nombreux facteurs ont été identifiés par l'épidémiologie moderne, comme déterminants environnementaux du comportement : type d'emploi et statut, revenus, instruction et niveau d'éducation, répartitions de la prospérité dans la société, services communautaires et services de santé et accès à ces services (Evans et Stoddort, 2004). Des études psychologiques et culturelles

montrent que la situation socio-politique, la contrainte, l'exclusion, la discrimination et les tabous jouent un rôle dans les choix comportementaux (Rangan et Uplekar, 1999). La difficulté qu'il y a à définir le rôle du contexte dans le comportement et dans ses changements est que les individus varient dans leur manière d'interpréter une situation donnée et de réagir à cette situation. Ils choisissent également nombre des situations qui les influencent et aident même à créer les situations sociales (Bandura, 2001).

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

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

2.1.5.3.2 Les émotions et les affects

Le consensus, qui se dégage des travaux autour de la fonction générale des émotions dans le paradigme évolutionniste (Johnson-Laird, 1988 ; Nesse, 1990 ; Plutchick, 1984 ; Scherer, 1993 ; Tooby, 1987 ; Tooby et Cosmodes, 1990), consiste à les concevoir, non plus, comme à l'instar des agents désorganisateur du comportement, comme ce fut traditionnellement le cas, ni uniquement comme des perceptions du corps, comme le faisaient Descartes ou James, mais plutôt comme des modes d'opération spécifiques de l'esprit/cerveau permettant la coordination

des changements physiologiques, cognitifs et comportementaux. Les émotions sont conçues comme des programmes qui modifient le mode sous lequel fonctionnent les nombreux mécanismes qui composent l'esprit, de façon à harmoniser leur fonctionnement afin de résoudre les problèmes adaptatifs posés par les situations rencontrées.

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

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

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

Selon Ledoux (1994), une partie des fonctions du traitement émotionnel dépend d'une petite structure enfouie dans le lobe temporal : l'amygdale. Les animaux qui souffrent de lésions à cette

structure peuvent répondre normalement aux caractéristiques perceptuelles immédiates ou remémorées des objets, mais pas à la signification émotionnelle de ces mêmes objets. La propension de la peur à mener à des comportements stéréotypés et à des modifications viscérales et squelettiques s'explique par la connexion qui existe entre les structures amygdaliennes et les systèmes du tronc cérébral qui sont impliqués dans le contrôle des comportements préprogrammés et spécifiques à l'espèce ainsi qu'entre les systèmes endocriniens et le système nerveux autonome.

Du point de vue neuroanatomique, les prérequis pour l'activation des réactions émotionnelles apparaissent donc minimaux et surtout indépendants du type de transformations qui caractérise habituellement les opérations cognitives supérieures. Les programmes d'affects peuvent être déclenchés directement par les inputs subcorticaux, c'est-à-dire avant que l'intégration perceptuelle n'ait eu lieu et que le système puisse se représenter complètement le stimulus. Il faut croire dans ce cas que le système peut s'activer à partir d'une information incomplète et fragmentaire. Comme l'écrit Ledoux : « [...] *La vision d'une mince et sinuante, sur le chemin devant nous, suffit à déclencher des réactions défensives. Nous réagissons ainsi avant de nous être assurés que nous avons rencontré un serpent, et nous ne cherchons pas, à savoir, que les serpents sont des reptiles ou que leur peau peut servir à la fabrication de sacs et de ceintures : ces informations inutiles retarderaient une réaction efficace et rapide, susceptible de nous sauver la vie. Le cerveau a simplement besoin de stocker les indices élémentaires et de les détecter. Dans un deuxième temps, seulement, le traitement des informations de base par le cortex permet une vérification [...] ou la neutralisation de la réaction de peur.* » (Ledoux, 1994, p.57).

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

Cette distinction entre les provenances des inputs déclenchant les programmes émotionnels viendrait appuyer les thèses de Zajonc (1980,1984), qui maintient, contre Lazarus (1984), que les émotions et la cognition sont des systèmes séparés et partiellement indépendants et, par conséquent, que les réactions affectives peuvent survenir sans un encodage perceptif et cognitif élaboré, qu'elles peuvent être, en d'autres mots, précognitives. Bien entendu, la plupart du temps, l'évaluation émotionnelle et l'évaluation cognitive fonctionnent de concert, mais elles peuvent parfois fonctionner indépendamment l'une de l'autre. Dans le cas où le système

émotionnel fonctionne indépendamment du système cognitif, nous avons affaire à une émotion qui apparaît soit sans raison, soit comme contraire à la raison. C'est cette approche qui expliquerait les comportements « anti-intentionnels » chez des individus qui ont exprimé au préalable leurs intentions favorables pour le comportement. Leur comportement « anti-intentionnel » est donc redevable à la force de l'émotion voire de l'affectivité.

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

2.1.5.3.3 Le but

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

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

Le niveau auquel les buts créent des incitations personnelles et des guides pour l'action est partiellement déterminé par leur spécificité. Les critères explicites régulent la performance (l'action) en désignant le type et la quantité d'effort requis pour les atteindre, ils génèrent de l'autosatisfaction et construisent l'efficacité personnelle en fournissant des signaux de révolte personnelle dépourvus d'ambiguïté. Par contre, des intentions générales, imprécises au sujet du niveau à atteindre, ne constituent pas une base solide pour réguler les efforts de la personne ou pour évaluer ses capacités. Des études ont montré que des buts clairs et accessibles produisent des niveaux de performance plus élevés que ne le fait une intention vague de faire son mieux, ce

qui n'a habituellement que peu ou pas d'effet (Bandura et Cervone, 1983). Les buts spécifiques de performance servent à susciter la motivation chez les personnes qui en manquent et à favoriser des attitudes positives envers les activités (Bryan et Locke, 1967).

2.1.5.3.4 La négociation

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

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

La négociation est, sans doute par peur du conflit mais pas seulement, valorisée pour tenter de régler les grands antagonismes géopolitiques, politiques ou sociaux. Dans le cadre de la lutte contre les maladies, elle intervient lorsque les partenaires n'ont pas les mêmes intentions. Il faut dans ce cas de figure négocier pour éviter le conflit. La négociation devra aboutir à un consensus, un accord entre les deux partenaires. La négociation reste également un outil incontestable dans la gestion du changement. La négociation est l'accompagnement de la décision, pas la décision elle-même.

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

Il est facile de reconnaître deux avantages intrinsèques à la négociation. Elle permet de régler un problème avec les seules parties prenantes qui connaissent le dossier. Elle éloigne l'intervention contraignante d'un tiers, qui ne connaît pas le dossier. Il ne faut pas également négocier lorsque le rapport de forces est favorable, car, il pourrait un jour se retourner contre vous. Ce que l'on gagne un jour par la force, on peut le perdre aussi sûrement par la force. La négociation apparaît dans ce cas comme un jeu à somme nulle. Gagner la confiance de l'autre, là est la victoire qui fait de la négociation un processus gagnant/gagnant sur le long terme.

L'évolution d'une culture du conflit à une culture de l'accord, voilà le miracle de la négociation. Elle ne gomme pas pour autant tous les conflits. Il faut d'ailleurs savoir les accepter du moment qu'ils font avancer cette culture de l'accord.

La négociation reste un facteur incontournable dans les relations humaines puisqu'elle permet d'éviter les conflits. Moscovici (1984) définissait la psychologie sociale comme la science qui étudie les conflits. Les conflits auxquels faisait allusion Moscovici peuvent être idéologiques, comportementaux, attitudeux et intentionnels.

2.1.5.3.5 La situation d'interaction

On considère généralement que le comportement psychosocial commence dès qu'un individu ne peut plus pratiquer le comportement de son choix du fait de la présence d'un ou de plusieurs autres individus. L'activité individuelle, dans ce cas, est donc déterminée par son interférence avec celle des autres ou encore par sa capacité à gérer la situation d'interaction. Selon les situations, les interactions entre individus peuvent prendre la forme d'une coaction mais également d'une compétition. Quelle que soit la forme de l'interaction, celle-ci contribue à la dynamique de l'environnement. L'activité de l'individu dépend donc à la fois de ses objectifs (ou motivations), des paramètres comportementaux dont il dispose et de l'évolution du milieu dans lequel il baigne.

Deux travaux menés sur la gestion des interactions ont signalé les difficultés rencontrées par les conducteurs. Ceux-ci rendent compte de l'occurrence de certains accidents (Malaterre, 1990) ou de conflits de trafic (Risser, 1985). Différents éléments à l'origine de ces dysfonctionnements ont été identifiés tels que la référence à des systèmes de règles (formelles ou informelles) contradictoires par les différents acteurs d'une situation, le défaut de communication ou l'incompréhension du comportement ou des intentions d'autrui. Dans tous les cas, ces éléments soulignent l'absence d'un référentiel opératif commun.

L'incompréhension du comportement ou des intentions d'autrui semble être au cœur de la gestion des interactions entre individus. Des analyses approfondies de l'activité dans des situations de conduite spécifiques telles que le franchissement d'intersections (Saad *et al.*, 1990) ou la conduite en file sur autoroute (Saad, 1996), confirment que les comportements adoptés par les conducteurs en situation d'interaction dépendent étroitement de l'interprétation du comportement des autres usagers et de la prévision de leurs actions. Ces analyses montrent également que certaines régulations entreprises par les conducteurs ont pour objet de communiquer leurs intentions aux autres usagers et/ou d'influencer leurs comportements.

La situation d'interaction réelle ou symbolique est inévitable pendant l'acte d'échange ou de communication. Cette situation de coprésence ne se manifeste pas sans effet sur le comportement ou l'intention de l'égo. C'est pourquoi nous pensons que cette situation d'interaction génère une interaction « inter intentionnelle » qui sera le maillon fort du comportement réalisé. Dans le cas où les interlocuteurs ont les mêmes intentions, l'acte de communication est réalisé sans conflit intentionnel. Le conflit intentionnel n'intervient que lorsque ceux-ci ont des intentions opposées. C'est cette dernière situation qui génère la négociation qui dans le cas échéant peut être dépourvue de toute rationalité.

Dans une situation d'interaction, les comportements sont étroitement interdépendants, la réalisation d'un comportement est fonction du contrôle de l'interaction avec autrui ; de la compréhension et de la prévision de son action. C'est à partir de cette approche qu'il serait important de situer les comportements qui dans la majorité des cas sont redevables à la situation d'interaction caractérisée par les pressions psychosociales, la communication, la négociation, la soumission, le conformisme, l'imitation, l'apprentissage social, etc.

Il n'est pas de considération en psychologie sociale qui puisse faire l'économie de la notion d'interaction sociale. L'interaction sociale est considérée comme omniprésente, centrale et même fondatrice dans l'ensemble des travaux de cette discipline, elle est comme un dispositif de production de l'économie psychosociale. L'interaction exerce une influence majeure sur le comportement, le changement de comportement et la résistance au changement de comportement. C'est à partir d'elle qu'on devrait analyser et comprendre les comportements face aux maladies.

2.1.5.3.6 La force de l'habitude

En psychologie sociale, le théoricien qui s'est le plus intéressé à l'influence de l'habitude sur l'action au détriment de l'intention est Triandis (1980). La théorie des comportements interpersonnels de Triandis (1980) englobe la plupart des variables présentes dans les modèles théoriques précédents (théorie de l'action raisonnée, théorie du comportement planifié, le modèle de l'acceptation de la technologie, etc.), se distingue cependant de ces derniers par un plus grand raffinement des construits proposés. En effet, selon la théorie des comportements interpersonnels, un comportement possède trois déterminants directs, soit l'intention, l'habitude et les conditions facilitant l'adoption.

La théorie des comportements interpersonnels a été employée par Thompson, Higgins et Howell (1991) afin d'étudier le comportement d'adoption des ordinateurs personnels au sein d'une organisation. Les résultats de cette recherche supportaient modérément la théorie des comportements interpersonnels puisque ce modèle ne permettait d'expliquer que 24% de la variance dans le comportement d'adoption de la technologie. De plus, seuls les facteurs sociaux

et les conséquences perçues influençaient le comportement d'adoption. Ces mêmes auteurs ont également appliqué la théorie des comportements interpersonnels dans une autre étude (Thompson, Higgins et Howell, 1994), mais cette fois, en incluant une mesure de l'habitude. Cette variable s'est avérée avoir une influence directe importante sur le comportement d'utilisation de la technologie de même qu'une influence indirecte modérée sur ce comportement en agissant au niveau des conséquences perçues et des facteurs sociaux. La proportion de variance expliquée était de 40% avec l'ajout de la variable de l'habitude dans le modèle.

Les résultats de l'étude de Paré et Elam (1995) sur l'adoption des ordinateurs personnels ont démontré que les facteurs individuels, tels que l'habitude, l'affect et les conséquences perçues, étaient les principaux déterminants du comportement. Par contre, bien que significative, l'influence des facteurs sociaux et des conditions organisationnelles facilitant l'adoption du comportement était moindre. Ces auteurs montrent que les dimensions individuelles seraient plus importantes que les normes sociales et l'environnement dans la réalisation d'un comportement. Lapointe (1999) s'est également basée sur la théorie des comportements interpersonnels de Triandis afin de cerner les facteurs individuels associés à l'adoption d'un système d'information en milieu hospitalier. Cette recherche a démontré que les habitudes étaient fortement associées au comportement d'adoption de la technologie par les médecins et les infirmières.

De ces différentes recherches, il ressort que l'habitude exerce une influence incontestable sur le comportement. C'est peut-être ce qui justifierait l'adage populaire « *l'habitude est une seconde nature* ». À la suite des travaux d'Ajzen et Fishbein sur les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, Triandis a intégré la force de l'habitude pour expliquer les limites de ces théories.

En s'habituant, l'organisme économise son attention. Cette situation peut être cause de risques ou d'appauvrissement des capacités cognitives. Ce qui pourrait générer une inertie cognitive pendant la réalisation de l'action contrôlée par l'habitude. Il faut aussi préciser que parfois, le plaisir de faire une chose ou de poser une action devient obsession et cette obsession peut rendre le sujet qui pense que cet acte procure peu ou pas de plaisir à être extrêmement réfractaire à l'adoption et à l'usage des mesures de prévention dans ses habitudes sanitaires. Dans cette situation, le comportement à risque conditionne son mode de vie et sa suppression n'est pas du tout envisageable, seul le caractère compulsif devrait disparaître pour laisser la place à une vie épanouie et satisfaisante.

2.1.5.3.7 Les antécédents

Une étude de Taylor et Todd (1995) a porté sur la théorie de l'action planifiée dans le contexte spécifique des systèmes d'information. Ces auteurs sont partis de la littérature existante afin de décomposer les antécédents de l'attitude, des normes subjectives et de la perception du contrôle.

Leurs résultats démontrent que les antécédents qui déterminent la variable d'attitude sont la perception de l'utilité, la perception de la facilité d'utilisation et la compatibilité. En ce qui concerne les normes subjectives, ce serait l'influence des pairs et l'influence des supérieurs hiérarchiques qui prédomineraient. Finalement, l'auto-efficacité, les conditions facilitateurs au niveau des ressources et de la technologie sont considérés comme les facteurs déterminants la perception du contrôle sur le comportement.

Cette étude montre très bien que les antécédents exercent une influence non négligeable sur la formation des attitudes, des normes subjectives, du contrôle comportemental perçu et des intentions. Notre regard sur les antécédents de l'action, ne se limite pas uniquement au niveau de la formation des attitudes. Il porte sur les incidences rencontrées pendant une action précédente. Il veut montrer que ces incidences modifieraient l'élaboration mentale préexistante par rapport à l'action et influenceraient par ricochet la réalisation future de l'action. Les individus ayant rencontré des difficultés dans la réalisation d'une action se serviraient de ces difficultés au moment de la réalisation future de l'action soit en évitant les facteurs ayant conduit à ces difficultés soit en les rayant de leur sphère cognitive et mentale.

De la kyrielle des études menées sur l'influence des antécédents du comportement sexuel, sur le comportement sexuel futur, force est de constater que les enfants qui ont subi des sévices sexuels ont souvent, durant leur adolescence et à l'âge adulte, un comportement sexuel qui leur fait courir le risque de grossesse non souhaitée et d'infections sexuellement transmises. Selon certains chercheurs, le comportement sexuel dangereux des victimes de sévices représente une tentative pour assumer le contrôle ou la maîtrise d'une expérience enfantine dont ils sont sortis avec l'impression d'avoir été violés et privés de pouvoir. D'autres notent que l'expérience de l'inceste et de sévices sexuels peut rendre difficile pour les victimes de nouer des rapports intimes sains.

De la même manière, les victimes de sévices sexuels durant leur enfance semblent risquer plus que leurs camarades de tomber enceintes durant leur adolescence. Au début des années 1990, des études effectuées aux États-Unis ont constaté une association uniforme entre sévices sexuels durant l'enfance et grossesse d'adolescentes. Les études ont également trouvé un lien clair et constant entre une victimisation sexuelle précoce et une série de comportements à risques, y compris une initiation sexuelle précoce, la toxicomanie et l'alcoolisme, la multiplicité de partenaires sexuels, et un moindre recours à la contraception.

Plusieurs études ont lié des antécédents de sévices sexuels à la vente du corps contre de l'argent ou des drogues. Par exemple, des chercheurs de Rhode Island, aux États-Unis, ont constaté que les hommes et les femmes qui avaient été violés ou contraints d'avoir des rapports sexuels durant leur enfance ou leur adolescence risqueraient quatre fois plus de s'être prostitués

que ceux qui n'avaient pas été maltraités. Ils avaient aussi deux fois plus de chance d'avoir de multiples partenaires sexuels durant une année et d'avoir des rapports sexuels de rencontre (rapport sexuel occasionnel).

Ces études montrent d'une manière ou d'une autre que les antécédents, les expériences vécues exercent une influence remarquable sur le comportement sexuel futur. Il est clair que les chercheurs ont accordé leur attention dans l'examen de la relation antécédent /comportement futur aux sévices sexuels, aux contraintes et viols. Nous nous inscrivons dans la même veine. Nous pensons qu'une mauvaise expérience avec les mesures préventives édictées dans le cadre de la lutte contre les maladies (dormir sous la moustiquaire imprégnée étouffée, le préservatif, s'est percé, est sorti, a ralenti l'activité sexuelle, a affaibli sexuellement le sujet, etc.) peut générer la formation des mécanismes de défense (rationalisation, refoulement, évitement) qui rendront les individus extrêmement opposés aux mesures de prévention malgré la connaissance des risques courus.

2.1.5.3.8 Les circonstances

Nous utiliserons une analyse du travail réalisé par Wallon (1970) pour exemplifier notre approche. Les deux premiers chapitres de l'ouvrage majeur de H. Wallon, (« De l'acte à la pensée »), sont consacrés à la comparaison entre les « psychologies de la conscience » et « la psychologie des situations ». Dès les œuvres, il range celle de Piaget, dont le rayon a pour limites l'individu (1970, p.46). Il note : « *En dépit de la rigueur vers laquelle il s'efforce, la conception de Piaget reste assez éclectique. Après avoir posé les schèmes moteurs comme l'essentiel et leurs activités individuelles, opérant sur le contrôle de l'expérience, comme les seuls facteurs de l'évolution psychique à ses débuts, il ne peut ensuite faire autrement que d'y ajouter une action d'ensemble.* » (1970, p.35). C'est le développement, compris comme le jeu d'une tendance vitale à l'assimilation. Du coup, « *le point de vue du sujet et de l'ensemble aurait la priorité sur celui des éléments constitutifs. Mais c'est contraire au système d'explication proposé. Le principe qui avait été éliminé dans les prémisses se réintroduit en cours d'explication* » (1970, p.36). Et en effet, si « *les schèmes moteurs sont doués d'activité autonome et conquérante* », comment « *saisir l'instant où le sujet sera enfin surgi des schèmes?* » N'y est-il pas « *finalement découvert parce qu'il y était présupposé?* » (1970, pp.28-30).

Wallon examine alors une autre possibilité : « L'objet de la psychologie peut être, au lieu de l'individu, une situation. » Dans ce cas, « L'acte est considéré du dehors, sans aucun postulat de conscience ou de personne. » (1970, p.50). Au bout du compte, pour Wallon, psychologie de l'individu et psychologie de la situation restent prises dans le face à face sujet/objet. Pourtant, « *quand la contradiction s'impose, il faut la résoudre. C'est faire tout le contraire que de l'esquiver. Une échappatoire, c'est d'assimiler les deux termes entre eux, une autre c'est de*

supprimer l'un des deux » (1970, p.78). On sait que pour Wallon, c'est seulement l'activité qui les rassemble et les oppose à la fois. La formation de la structure n'est ni au-dessus comme dans la théorie de la forme, ni d'un seul côté comme avec Piaget, mais dans les conflits de l'activité face à l'obstacle.

À en croire Wallon, le comportement est redevable à la relation que l'individu élabore avec la situation (les circonstances) et non avec les construits psychologiques préexistants parmi lesquels les attitudes et les intentions. Les théoriciens des courants situés de la cognition et de l'action semblent appuyer cette réflexion de Wallon. L'objectif des courants situés de la cognition et de l'action est de fournir une théorie de l'organisation de l'action, et non de caractériser un type particulier d'action. Plus spécifiquement, les débats portent sur les rapports de détermination entre le sujet et la situation, entre l'interne et l'externe. Conein et Jacopin (1994, p.476) argumentent que dans les courants situés, « *l'organisation de l'action est entendue comme un système émergent in situ de la dynamique des interactions* ».

Les études de comportement des hommes négligent généralement les circonstances dans lesquelles ils interviennent. Boldero, Moore et Rosenthal (1992), dans une étude menée en Australie sur l'examen de l'applicabilité de la théorie d'Ajzen et Madden (théorie du comportement planifié) sur l'usage du condom ont montré que les prédicteurs de l'intention d'usage du condom et son usage effectif étaient redevables à la situation. Ils ont examiné les prédicteurs de l'intention d'usage du condom et de son usage effectif dans une situation sexuelle spécifique et ont conclu que :

- l'intention d'utiliser le condom quelque temps avant et immédiatement est fonction de la rencontre sexuelle et des prédicteurs immédiats de l'action ;
- la communication entre les partenaires en situation de rapport sexuel est aussi très déterminante pour l'usage du condom etc.

Dans une étude menée sur les jeunes sexuellement actifs du Kenya par Gender – *based violence and reproductive health* (2004), force est de constater que la contrainte sexuelle était du reste associée à la multiplicité des partenaires sexuels. Ces études montrent d'une manière générale que le comportement dépend en grande partie de la situation que nous appelons circonstance dans notre étude. Nous pensons que l'acte de communication est influencé par le moment précis et l'occasion particulière. Nous pensons également qu'à côté de ces variables situationnelles, la langue utilisée lors de la situation de communication dans un milieu multilingue tel le continent africain exerce une influence sur les intentions avant d'assurer l'organisation, le contrôle, la structure et la réalisation du comportement.

2.1.6 Communication engageante

Reconnue comme efficace en termes de modification des comportements, la communication engageante est souvent utilisée dans des contextes environnementaux. L'efficacité de ce concept résulte de sa capacité à aller chercher l'engagement des gens, à leur faire réaliser des actions préparatoires et à réduire la barrière des habitudes. Elle agit à la fois sur les facteurs d'influence (engagement et actions préparatoires) et sur les barrières au changement (habitudes). Qu'est-ce que la communication engageante et comment faciliter son utilisation? C'est ce qui est discuté dans cette section.

La communication engageante est née de l'alliance de deux concepts : la soumission consentie et la communication persuasive (Joule et autres, 2007). Le concept de soumission consentie indique qu'il est possible d'amener les gens à agir de manière opposée à leurs habitudes. Pour cela, il faut avant toute chose que ceux-ci se soumettent volontairement à la réalisation d'un acte précis. Cette action, nommée acte préparatoire, doit être en lien avec le comportement désiré. De plus, pour être efficace, elle doit être facile à accomplir, de moindre coût, impliquer une participation active et être réalisée de manière volontaire. (Joule et Beauvois, 2002; Girandola et autres, 2010; Weiss et autres, 2011) La communication persuasive consiste à transmettre un message de manière convaincante afin d'influencer les idées ou les comportements de personnes. Dans un tel cas, la communication persuasive a pour objectif de convaincre les gens d'adopter le comportement désiré. La communication engageante consiste à faire réaliser par une personne un ou plusieurs actes préparatoires puis à l'exposer à une argumentation persuasive pour qu'elle adopte le comportement désiré. (Joule et autres, 2007; Girandola et Joule, 2012)

Le concept de communication engageante a été proposé pour la première fois afin de découvrir comment il est possible d'amener des individus et des groupes à passer des idées aux actes en matière d'environnement (Joule, 2000; Bernard, 2007). Plusieurs études ont démontré que l'utilisation de la communication engageante a des effets cognitifs (ex. : changements d'attitudes, meilleure rétention de l'information) et comportementaux. Ceux-ci ont notamment été constatés dans des situations où l'objet de la communication est lié à une cause sociale forte telle que la protection de l'environnement ou la promotion de l'activité physique. Outre son impact sur les facteurs d'influence et les barrières au changement, l'efficacité de la communication engageante peut aussi s'expliquer par le concept de dissonance cognitive. En faisant agir les gens de manière opposée à leurs habitudes, les actes préparatoires créent un état de tension appelé dissonance cognitive. La communication persuasive qui suit l'engagement encourage la personne à enclencher un processus de changement de comportement afin d'éliminer complètement la tension. (Girandola et autres, 2010; Joule et autres, 2007; Bernard, 2007; Girandola et Joule, 2012)

L'efficacité de la communication engageante est toutefois garante de la capacité de l'émetteur à convaincre les gens de poser certains actes préparatoires. Pour augmenter les chances qu'une personne accomplisse ces actes, de nombreuses techniques existent. Une technique efficace est celle du « pied-dans-la-porte ». Cette technique consiste à demander à une personne d'accomplir une requête (acte préparatoire) simple et en concordance avec ses opinions, croyances et valeurs. Si la première requête est acceptée, celle-ci est suivie d'une deuxième toujours concordante, mais qui sera plus difficile à réaliser et dont le coût sera nettement supérieur. Cette technique utilise aussi le concept de dissonance cognitive, car il sera difficile pour une personne de refuser la deuxième requête sans faire face à un état de tension. Le « pied-dans-la-porte » permet ainsi d'augmenter les chances qu'une personne accepte le comportement promu. (Chabrol et Radu, 2008; Girandola, 2003)

La technique du toucher et celle du « mais vous êtes libres de » sont également efficaces pour susciter l'engagement. La technique du toucher consiste uniquement à établir un contact physique (ex. : toucher le bras) lors d'une requête. Selon plusieurs études, cette technique augmente le niveau d'acceptation de la requête. (Chabrol et Radu, 2008) Quant à la technique du « mais vous êtes libres de », celle-ci consiste à demander à une personne de réaliser une requête, mais de préciser lors de la demande : « Mais vous êtes libres de refuser ou d'accepter. ». Le sentiment de liberté alors créé renforce la probabilité que la personne accepte la requête. Une étude de Guéguen et Pascual (2000) a d'ailleurs testé cette technique. Cette dernière a révélé qu'une personne qui utilise la technique du « mais vous êtes libres de » pour demander de la monnaie pour prendre l'autobus recevait quatre fois plus de réponses positives qu'une personne n'utilisant pas cette technique. (Chabrol et Radu, 2008; Girandola, 2003)

Une technique qui a également démontré son efficacité est celle du « pied-dans-la-mémoire ». Cette technique comporte deux étapes. L'étape un consiste à demander à une personne de tenir un discours public sur une conduite particulière en lien avec le comportement désiré. Par exemple, il peut être demandé à une personne de rédiger un argumentaire sur la consommation responsable de l'eau puis de le rendre public. L'étape deux implique de rappeler à la même personne ses transgressions par rapport au discours tenu. Par exemple, il peut être demandé à la personne d'énumérer les occasions où elle a gaspillé de l'eau. À la suite de ces deux étapes, il est demandé à la personne de poser un acte préparatoire. (Girandola, 2003) Une autre technique est l'étiquetage. Parfois utilisé de pair avec la technique du « pied-dans-la-porte », l'étiquetage consiste à apposer une étiquette à une personne après qu'elle ait posé un certain geste. Celle-ci a une influence sur les comportements, car comme mentionné au chapitre 2, les gens tendent à agir conformément aux attentes des autres. Une expérimentation de Chabrol et Radu (2008) a d'ailleurs mis en pratique cette technique. Dans cette dernière, une personne égarée mentionnait

à certaines personnes qui l'aidaient : « J'ai eu de la chance de tomber sur une bonne personne comme vous. ». Par la suite, les bienfaiteurs étaient interpellés par une tierce personne qui leur demandait : « Je viens de trouver 20 \$ au sol, est-ce à vous? ». Les résultats de cette expérimentation ont démontré que les gens ayant reçu l'étiquette de « bonne personne », étaient plus enclins à dire la vérité, et donc à agir conformément à l'étiquette donnée. (Chabrol et Radu, 2008)

Pour augmenter les chances qu'un engagement mène à une modification de comportements à long terme, Cialdini (2001) a identifié quatre caractéristiques critiques. Ces dernières sont :

1. L'acte préparatoire doit être actif plutôt que passif (ex. : écriture d'un texte, signature d'un formulaire, etc.).
2. L'acte doit être réalisé devant public ou doit pouvoir être publicisé.
3. L'acte doit demander un certain effort ou être difficile.
4. L'acte doit être perçu comme volontaire de la part de ceux qui le réalisent. (Cialdini, 2001)

L'efficacité de la deuxième caractéristique s'explique par l'existence de normes sociales et du désir de chaque personne d'être consistante dans ses actions. Ces normes sont d'ailleurs un des facteurs d'influence des comportements. Ainsi, l'efficacité de faire réaliser les actes préparatoires en public s'explique par la pression sociale que les gens vont ressentir s'ils ne respectent pas leur engagement ou s'ils adoptent un comportement qui va à l'encontre de leur engagement (Abrahamse et autres, 2005).

Finalement, la communication engageante est une stratégie de communication qui agit à la fois sur des facteurs d'influence des comportements et sur des barrières au changement. C'est ce qui la rend efficace en termes de modification des comportements. En ce sens toutefois, d'autres théories et concepts ont aussi démontré leur efficacité. C'est le cas des messages persuasifs basés sur la peur.

2.1.7 La théorie de la personnalisation dans la communication

La personnalisation est aussi un concept qui peut faciliter les changements de comportement, car elle réduit la perception sélective. Celle-ci consiste à ajuster les communications en fonction des caractéristiques du public cible. À cet effet, les principales caractéristiques à considérer sont les pratiques médiatiques, les attitudes et les motivations. Connaître les pratiques médiatiques est bénéfique, car cela permet de diffuser l'information par l'entremise des médias les plus consultés par le public visé (Weinreich, 2011). Connaître les attitudes et les motivations est aussi utile afin de déterminer la façon dont les messages doivent être diffusés. En ce qui concerne l'attitude, celle-ci peut être négative ou positive. Si elle est positive, il est recommandé d'utiliser une communication plus complexe, argumentée, détaillée, technique et de présenter les risques et

inconvenients inhérents aux messages. Lorsqu'elle est négative, il est préférable d'opter pour des messages simples, qui vont droit au but, qui n'utilisent pas de figure de rhétorique et qui sont positifs. (Pasquier, 2011; Frenette, 2010) En ce qui a trait aux motivations, celles-ci peuvent également être positives ou négatives. Une motivation positive est lorsqu'une personne va librement adhérer à des messages pour satisfaire un plaisir. Dans un tel cas, il est recommandé de communiquer de manière rationnelle et de démontrer les avantages directs et indirects d'adhérer à la campagne de communication. Une motivation négative est lorsqu'une personne s'intéresse à une communication parce qu'elle est contrainte de le faire ou parce qu'elle doit résoudre un problème. Dans une telle situation, il est préférable de concevoir des messages axés sur les émotions, qui font appel à des figures de rhétorique et qui mettent en évidence les bénéfices potentiels. (Pasquier, 2011)

En plus des pratiques médiatiques, des attitudes et des motivations, une autre caractéristique importante à considérer est le stade du processus d'influence où se situe la majorité du public cible. À l'image des autres caractéristiques, celle-ci permet une personnalisation des communications en vue d'accroître leur efficacité. En ce sens, Weinreich (2011) et Maisonneuve et autres (2003) recommandent certaines actions précises en fonction du stade où se trouve la majorité du public cible. Au stade de l'éveil, il est recommandé de transmettre aux gens de l'information afin qu'ils prennent connaissance de la campagne et des problèmes soulevés par celle-ci (Weinreich, 2011). Au stade de l'intérêt, il faut veiller à ce que les gens puissent accéder facilement à de l'information détaillée sur le sujet de la campagne de communication. Au stade de l'évaluation, il faut démontrer que les avantages de modifier son comportement sont plus grands que les inconvenients. Enfin, au stade de l'essai, il faut féliciter ceux qui ont adopté les comportements désirés et leur montrer qu'ils ne sont pas les seuls à l'avoir fait. (Maisonneuve et autres, 2003) À l'issue de ce qui vient d'être présenté dans ce concept de la personnalisation, nous estimons qu'il présente une insuffisance à savoir la langue. La langue est un facteur considérable dans le processus de communication interpersonnelle dans un milieu multilingue. Dans le cadre de notre étude, à ces éléments personnalisant, nous ajouterons la langue car lorsqu'elle n'est adaptée à la cible, la communication pour la santé est vouée à l'échec.

C'est sur ce débat que nous allons clore le cadre théorique de notre étude pour amorcer avec le cadre méthodologique qui nous permettra de mieux clarifier nos réflexions théoriques, ceci par les résultats que nous obtiendrons et l'analyse, l'interprétation et la discussion que nous en ferons.

2.1.8 La théorie de la traduction par la simplification

La traduction par la simplification, mise au point par l'INADESFORMATION, repose sur le français fondamental. C'est une méthode utilisée surtout dans la traduction vers les langues nationales africaines. La simplification se fait en transformant les deux éléments qui constituent

la structure superficielle de la langue, à l'origine de sa complexité, à savoir le vocabulaire et la syntaxe. Le transfert est suivi par la restructuration du texte qui consiste à reconstituer l'ensemble du texte en respectant les principes suivants :

1. le style du texte simplifié doit être correct ;
2. le français fondamental se rapproche du langage oral ;
3. la signification et l'ordre logiques des propositions doivent être gardés ;
4. les relations temporelles du texte doivent être restituées ;
5. le style du texte simplifié doit garder le ton du texte initial ;
6. les expressions triviales ou trop familières sont à proscrire ;
7. le rythme et l'euphonie du texte doivent être respectés.

La traduction par la simplification avec ses trois phases (analyse, simplification et restructuration) ressemble à la méthode interprétative, qui en compte également trois (interprétation, déverbalisation et reformulation). Toutes les deux méthodes cherchent à extraire le sens du texte source pour le ré-exprimer dans la langue cible. Toutes deux s'inspirent du langage oral.

La simplification terminologique est l'approche proposée par Ilboudo dans le cadre de la traduction technique dans les langues nationales. Dans toute entreprise de traduction dans les langues nationales la simplification des concepts constitue un préalable indispensable. Dans le cadre de la production des documents en langues nationales portant sur les instruments de gestion et de formation au profit des coopératives rurales, il indique la démarche à suivre après la traduction des termes en français simple. La traduction dans les langues nationales doit être précédée par la traduction des termes techniques en langues nationales, qui se déroule en trois phases : la recherche terminologique, le dépouillement et le pré-test des néologismes.

La recherche terminologique comporte trois pistes. La première concerne les coopérateurs. Il s'agit d'une recherche auprès des membres des institutions bénéficiaires de la traduction, en particulier les membres monolingues. La seconde piste est celle des spécialistes maîtrisant la langue nationale et le domaine coopératif. La troisième piste est une recherche documentaire qui permet de trouver des données et des termes pour la traduction de concepts. Dans la mesure où la phase de recherche terminologique peut aboutir à la collection de plusieurs termes, la phase de dépouillement, qui doit associer la structure juridique responsable des langues nationales (académies ou commissions nationales des langues), vise à guider le choix du terme le plus adéquat selon les critères de dépouillement et de sélection suivants : la conformité avec la structure de la langue, l'adéquation notionnelle afin de s'assurer que le nouveau terme cerne de près la notion à traduire et éviter ainsi de retenir des traductions erronées, la facilité de compréhension, l'acceptabilité par les locuteurs et la brièveté du terme.

« *La terminologie ayant une fonction essentielle de communication, il y a lieu de se préoccuper du degré de compréhension, de l'acceptabilité, de la conformité avec la structure de la langue et de l'adéquation notionnelle des néologies proposées* » (p.31).

La traduction par la simplification présente de nombreux avantages que la Côte d'Ivoire peut exploiter. Elle est une méthode orientée vers la langue et la culture cibles, en particulier les langues et les cultures africaines. On est tenté de dire que les conseils pratiques que formule la traduction par la simplification se font l'écho de la théorie de Nida selon laquelle le sens ou le message doit être privilégié par rapport à la forme en cas de conflit entre les deux.

2.1.9 L'approche de Nida

L'approche de Nida envisage la traduction comme étant celle d'une langue source vers une langue cible, Nida abandonne les notions *cible* (target) et *langue cible* (target language) au profit de celles de *récepteur* et de *langue réceptrice*. L'utilisation d'une telle terminologie témoigne du souci de l'auteur de rattacher sa théorie de la traduction à celle de la théorie de la communication et d'adapter le message biblique à la mentalité de chaque peuple. Cependant, il est nécessaire de distinguer dans l'approche de Nida une évolution d'une théorie linguistique vers une théorie sociolinguistique de la traduction. Le traducteur doit avoir une approche générative de la langue, la clé devant lui fournir le moyen de générer le texte cible.

Étant donné que les langues sont fondamentalement différentes les unes des autres en ce qui concerne le sens des symboles qui la composent ou l'organisation de ces symboles eux-mêmes, Nida en conclut qu'il ne saurait y avoir de correspondance absolue entre langues et il envisage deux types d'équivalence : l'équivalence formelle et l'équivalence dynamique qui peuvent influencer la manière de traduire. L'équivalence formelle accorde une importance à la forme et au contenu du message. Ce type de traduction est tourné vers le texte source. Cela vise à exprimer de la façon la plus naturelle possible le message en prenant en compte la culture du destinataire du message. Elle cherche à produire chez le destinataire du texte cible un effet équivalent à celui produit chez le destinataire du texte source.

La théorie de Nida et son concept d'équivalence sont sans doute guidés par des considérations pratiques et d'ordre religieux. En effet, pour que la mission évangélisatrice puisse porter des fruits, la traduction de la Bible dans les différentes langues est nécessaire. Les chances de succès seront d'autant plus grandes que le message de Dieu est prêché dans une langue qui prend en compte la culture des locuteurs de cette langue. Mais l'effet équivalent comme visée de la traduction est problématique à cause justement de ce décalage culturel, historique et même parfois géographique entre culture du texte cible et celle du texte source.

Les énoncés en Wôbé en Côte d'Ivoire dans un contexte déterminé ne produiront pas les mêmes effets sur les lecteurs et auditeurs de cette langue que celui des énoncés en français auront sur des Occidentaux ou des Ivoiriens éduqués dans la langue et la culture françaises. Par conséquent, il n'est pas réaliste de demander au destinataire de la traduction d'un texte produit dans un contexte et un espace culturellement et historiquement différents de réagir au message de la même façon que le destinataire du texte source. Nul doute que Nida, en introduisant les concepts d'équivalence formelle et d'équivalence dynamique, a réussi à changer le cours des débats dans le domaine de la théorie de la traduction qui demeure hantée par la dichotomie entre traduction mot à mot ou littérale et traduction sens pour sens. Cependant, en dissociant forme et contenu, Nida ne limite-t-il pas la portée de sa théorie dans la mesure où le sens du message est aussi bien dans la forme que le contenu ?

L'importance de l'approche de Nida pour notre étude réside dans sa conception sociolinguistique de la traduction. Certes, sa théorie est plus orientée vers la traduction biblique. Mais dans la mesure où elle intègre dans son approche les aspects culturels, elle peut contribuer à notre analyse des rapports entre langue et culture dans la traduction médicale en Côte d'Ivoire. Car toute communication, pour être efficace doit respecter le *génie* de chaque langue.

La communication en langue locale dans le secteur de la santé reste encore aujourd'hui fortement sous utilisée par les pouvoirs publics, au sein même de certains groupes ethniques et en milieu urbain ; d'où l'intérêt d'analyser le fonctionnement de la langue par rapport à la santé. En effet, on peut se demander si les pouvoirs ou les gouvernants ont une claire conscience de l'importance de l'utilisation des langues locales dans la communication pour la santé publique en prenant suffisamment en compte leurs spécificités, leurs nécessités en matière de promotion du bien-être, dans un contexte où la qualité de vie ne cesse de se détériorer d'où l'accroissement du taux de mortalité. Par ailleurs, suite à la volonté, de nos jours, des femmes et hommes politiques, des responsables d'ONG et d'associations ou groupements de faire la promotion des langues ivoiriennes et partant de sa culture, il convient d'analyser l'effectivité de cette volonté et leurs niveaux d'appropriation par les hommes et les femmes. Dans ce cas précis, nous cherchons à comprendre les représentations qu'ont les populations ivoiriennes de leurs langues et leurs dynamiques dans la communication pour la santé.

2.1.10 Le fonctionnalisme

Avec le fonctionnalisme l'on identifie pour une société ou une institution concernée par un besoin, la méthode utilisée pour le satisfaire. Elle appose à chaque fait social une ou des fonctions qui la déterminent. Pour les précurseurs de ce paradigme, une société ne doit pas être analysée à partir de son histoire mais de son fonctionnement.

« pour le fonctionnaliste, la culture, c'est-à-dire le corps complet d'instruments, les privilèges de ses groupes sociaux, les idées, les croyances et les coutumes humaines constituent un vaste appareil mettant l'homme dans une meilleure position pour affronter les problèmes concrets particuliers qui se dressent devant lui dans son adaptation à son environnement pour donner satisfaction de ses besoins.²⁵ »

Ce paradigme suppose donc que toute pratique ait pour fonction de répondre aux besoins des individus. Mais en même temps, c'est toujours la totalité de la société et non ses éléments séparés qui répondent aux besoins individuels d'où *« la culture est un tout indivis dont les divers éléments sont interdépendants.²⁶ »*

En Côte d'Ivoire, l'on observe qu'à côté du français, les langues locales ivoiriennes appelées communément ethnies sont utilisées par les ivoiriens pour passer des informations à l'endroit de leur compatriotes s'exprimant dans le même dialecte. Elle est un élément culturel très important pour la population. À l'instar de toutes les ethnies en présence sur le territoire ivoirien, les Wôbé utilisent leur langue pour communiquer et passer des informations à relative à la santé au sein de leur communauté pour répondre à certains besoins précis et pour prouver leur identité. Ils font usage des ressources langagières locales qui dans leur manifestation ne sont pas sans conséquences pour ledit peuple. En effet, l'usage du vocable Wôbé pour identifier, décrire et prodiguer des conseils pour éviter les maladies dans la langue Wôbé, cela permet d'atteindre souvent l'objectif visé, mieux, cela permet à ces populations de très bien comprendre les informations sur la santé et ainsi de ne point refuser les soins à eux apporter en période de maladie.

La langue locale est le précepte qui guide toutes les pratiques sociales et le fonctionnement de la société dans laquelle les populations s'insèrent. En clair, à l'instar du téléphone mobile qui de nos jours occupe une place de choix dans la vie des hommes, la langue *« est toujours insérée dans les activités familiales, amicales, amoureuses, commerciales ou professionnelles. Leurs usages peuvent sûrement apporter quelques informations sur le fonctionnement social d'ensemble d'une société²⁷. »*

2.2 RECHERCHES SOCIALES SUR LA COMMUNICATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

2.2.1 Culture et communication pour la santé

Si la langue est un moyen d'expression culturelle, elle constitue également l'un des moyens privilégiés dans la communication qui est tributaire de la culture. Cependant, il faut souligner la

²⁵ Bronislaw Malinowski, *Les dynamiques de l'évolution culturelle*, Payot, Paris, pp 73, 1970.

²⁶ Bronislaw Malinowski, *Une théorie scientifique de la culture*, Point seuil, Paris, 1970.

²⁷ Dibakana Aimé "Usages sociaux du téléphone portable et nouvelles sociabilités au Congo" tiré de *Politique africaine* n° 85 – mars 2002.

complexité de la communication, qui est loin d'être un phénomène purement linguistique. La complexité de la communication, qui est loin d'être un phénomène purement linguistique. La complexité et le caractère multidimensionnel de la communication, qui peut être, d'une part, consciente ou intentionnelle et, d'autre part, inconsciente. Prenons l'exemple d'un homme politique, qui prononce un discours à la télévision ou devant un auditoire. L'opinion que se fait l'auditoire de lui n'est pas fonction uniquement de l'interprétation des signaux linguistiques que constituent les mots (Baylon & Mignot 1999) mais, également, des signaux non linguistiques. Tout ce qui peut être potentiellement porteur de sens fait partie de la communication. Ainsi, participent à la communication, en ce qui concerne notre homme politique, en plus du facteur linguistique, des facteurs non linguistiques : l'aspect physique (habillement, taille, âge, corpulence...), le sexe, les gestes, les silences, etc.

Même le canal de communication a son importance. L'écriture dans la société occidentale a une longue tradition, tandis que dans les sociétés africaines comme chez les Wê et les Dan l'oralité domine encore.

Depuis un demi-siècle l'UNESCO (1953), les sociologues et les linguistes africains (Bamgbose 1991, 2000 ; Prah 1991, 1993, 1995 ; Prah/King 1999 ; Silué 2000 ; voir Bearth 1997 pour un aperçu), dont le point culminant est la déclaration d'Harare (Harare 1997), insistent sur l'interdépendance entre la langue et le développement en général. Dans une large perspective éducative et culturelle, la langue maternelle est considérée comme un instrument indispensable au développement équilibré de l'être humain.

Boniface Bahi et Éric Forgues, à travers leur article intitulé *Facteurs favorisant l'offre de services de santé en français : études de cas en milieu hospitalier anglophone* publié dans *Minorités linguistiques et société* n° 6, 2015, p. 157-182, par une approche à la fois qualitative et quantitative, analysent dans cette étude les modalités de prise en compte de la langue dans l'organisation des services de santé au sein des établissements majoritairement anglophones, de même que les possibilités favorables à l'offre de services de santé en français en milieu minoritaire francophone. L'examen des facteurs favorisant l'offre de services de santé en français en milieu minoritaire francophone porte sur les dimensions organisationnelles (internales) et sur les dimensions environnementales (externales) du milieu hospitalier. Ces possibilités et ces facteurs favorables ont trait notamment à la volonté de l'administration et des professionnels de la santé des établissements hospitaliers, au renforcement et à la mise en valeur du bilinguisme dans la gestion des services, mais aussi à l'émergence aussi bien d'une demande active de services en français que d'une volonté politique, juridique et réglementaire des autorités gouvernementales. En somme, dans cet article, les auteurs présentent les principaux

résultats d'une enquête qui visait à comprendre les facteurs qui, dans des milieux hospitaliers majoritairement anglophones, favorisent une offre de services de santé en français pour les usagers francophones. Si une partie des efforts des acteurs francophones vise à doter les communautés d'établissements francophones, une autre partie tend à favoriser la prise en compte de la langue française dans des établissements majoritairement anglophones.

Pour Massé, dans *Culture et santé publique*(1995), la personne humaine est un être qui déjoue souvent les prévisions les mieux calculées et les comportements attendus et qui assigne un sens à sa souffrance au-delà des sensations corporelles, combinant constamment l'ordre du cœur avec celui de la raison, l'esprit de finesse avec celui de géométrie. Au fondement de la nouvelle philosophie de la santé publique dont le travail de Massé jette courageusement les bases, on trouve une autre définition de la personne humaine que celle communément admise par la majorité des spécialistes des sciences de la santé et qui tend à réduire la personne à un corps biologique auquel s'articule une âme douée de raison. Contre ce réductionnisme biologisant, l'auteur rappelle constamment que les humains sont aussi des êtres de parole qui peuvent dire leur mal et ce qui l'accompagne, et des constructeurs de réseaux de sens qui finissent par les envelopper de toutes parts. Contre les excès des approches rationalisantes, Massé souligne que les personnes savent et aiment jouer avec les règles qu'elles se sont elles-mêmes données et qu'elles prennent des risques qui défient souvent les exigences de la raison, à un point tel que leurs comportements, en matière de santé comme dans les autres domaines, d'ailleurs, semblent relever d'une logique qui ne peut être ramenée au seul ordre de la rationalité abstraite. On ne peut penser reconstruire, affirme Massé, l'édifice lézardé de la santé publique que si on adhère à une nouvelle compréhension des cultures humaines, à une définition anthropologique de la personne et à une interprétation des phénomènes entourant la santé et la maladie qui tienne compte des systèmes de savoir et de sens élaborés par les cultures auxquelles appartiennent les personnes. Il s'agit, en somme, de refonder tout l'édifice de la santé publique sur d'autres assises philosophiques, et c'est précisément ce défi titanesque que l'auteur de cet ouvrage s'est efforcé de relever.

Plus loin, dans son article intitulé *Santé et ethnicité : le cas des haïtiens du Québec*, Massé illustre les défis posés à la santé publique, par la multiethnicité à travers l'exemple de l'adaptation des programmes à la réalité culturelle haïtienne. Il insiste sur l'importance de jeter des ponts culturels entre le savoir populaire haïtien relié à la santé et à la maladie et le savoir des professionnels de la santé. Bref, cet exemple donnera la pleine mesure du défi que représente, pour la santé publique, l'élaboration de programmes de prévention sensibles à la réalité multiculturelle.

Très tôt, Thomas Bearth prône la réhabilitation des langues africaines dans leur rôle d'outils de négociation à envergure thématique ouverte est invariablement perçue par les locutrices et locuteurs comme une sorte de non stigmatisation sociale ou collectif. Ensemble avec la notion de la *dépendance communicationnelle*, dont elle représente le pôle opposé. La *durabilité communicationnelle* ouvre un axe d'analyse qui s'ajouterait comme quatrième feuille au trèfle des durabilités. Sans toutefois se limiter aux seules langues africaines : le déblocage du pouvoir énonciatif des ressources linguistiques contribue à valoriser à terme l'ensemble de ces dernières quel que soit leur nom et leur statut. En récupérant, à contrecourant des politiques et pratiques dominantes en la matière, une égalité réelle des droits à la parole, on passe ainsi, en termes d'économie de l'information, d'un état de perte permanente dû aux circuits non fermés ou trop fermés de part et d'autre de la brisure, à un état de gagnant-gagnant. C'est à cette condition près, le sida ou toute autre maladie cessera d'être l'impasse absolue pour les individus tout comme la société. Il assumera ainsi le rôle catalyseur d'un facteur de guérison d'un mal tout autre, mais envisagé dans une perspective holistique de la santé, nullement négligeable.

L'Anthropologue Magali Bouchon soulève plusieurs questions relatives à la santé notamment la question de linguistique. Il estime que les difficultés de communication et de compréhension engendrent, d'une part, des blocages, des malentendus et d'autre part des problèmes chez les interprètes. Car un programme peut introduire des mots et des concepts nouveaux qui ne peuvent pas forcément être traduits tel qu'*asepsie* d'où la confidentialité impossible des traducteurs internes à la famille, places inconfortablement les uns et les autres dans la recherche des soins. Quant aux traducteurs externes à la famille, ils sont partagés entre médiation culturelle et linguistique. Par ailleurs, même si les soignants et soignés utilisent la même langue, ils ne parlent pas le même langage; ainsi, pour un soignant que veut dire « *j'ai mal à l'extérieur mais pas à l'intérieur* »? En clair, ce que dit un soignant et un malade sera toujours réinterprété et les conduites seront en fonction de la compréhension du message.

Anne Frédérique Harter présente à travers son article intitulé *cultures de l'oral et de l'écrit à Yaoundé*, les habitudes culturelles de l'écrit et de l'oral des habitants de Yaoundé face aux différentes variétés linguistiques en présence ainsi qu'aux valeurs associées à ces usages. Considéré traditionnellement comme une « Afrique en miniature », le Cameroun regroupe 3 des 4 phylums linguistiques présents dans l'ensemble du continent africain, à savoir les phylums Niger-Congo, Nilo-Saharien et Afro-Asiatique. Elle cite Essono²⁸ qui a réalisé une enquête dans ce pays et a déterminé l'existence de près de 250 langues nationales, mais paradoxalement les deux seules langues officielles sont des langues exogènes, le français et l'anglais.

²⁸ ESSONO J.-M., « Le Cameroun et ses langues », dans *CAMEROUN 2001, Politique, langues et économie et santé*, Harmattan, Paris, 2001, pp. 61-87.

De plus, le portrait des variétés linguistiques présentes au Cameroun serait incomplet sans l'évocation des deux « *langues hybrides* » à savoir : le pidgin english et le camfranglais. Ces langues, particulièrement le pidgin, ont envahi tout le pays eu égard au fait que c'est une variété de langue qui a émergé des rapports commerciaux entre les premiers Européens et les populations locales. Cependant, son extension sur l'ensemble du territoire camerounais, sans distinction de classe d'âge ou de niveau socioculturel freine l'extension non seulement de l'anglais « *grammar* » en zone anglophone mais aussi du bilinguisme officiel. Alors pour remédier à cela, les regards se tournent depuis un peu plus d'une dizaine d'années sur le camfranglais, un parler lui aussi en plein essor. Il s'agit, selon Féral²⁹, « *sur une structure syntaxique et un fond lexical français, de l'utilisation de lexèmes empruntés au pidgin-english /à l'anglais* » et aux diverses langues camerounaises. Mais, contrairement au pidgin, son emploi est limité à une population spécifique : il est la langue de communication de la jeunesse urbaine camerounaise, particulièrement des lycéens et des étudiants. Bref, du point de vue géolinguistique, le Cameroun concentre donc un nombre et surtout une variété impressionnante de systèmes linguistiques à savoir : langues nationales, langues exogènes apportées par l'immigration, et plus récemment mélanges de langues.

Par ailleurs, à Yaoundé, il ressort de l'enquête que les variétés vernaculaires sont prioritairement employées dans les foyers ou entre membres d'une même ethnie. En situation de contacts interethniques, les trois principaux véhiculaires émergeant dans les centres urbains sont le fulfulde (au Nord), le pidgin-english (à l'Ouest et à Yaoundé) et l'ewondo (au Centre). Ces trois variétés sont les langues secondes privilégiées des citoyens. Au regard des pratiques linguistiques extérieures aux ménages, de la très forte scolarisation, les auteurs concluent également à l'émergence du français en tant que variété véhiculaire.

La répartition et des usages des variétés linguistiques dans les différents domaines du quotidien montrent l'omniprésence du français dans les domaines formels mais aussi informels. Pourtant, la situation de Yaoundé montre que, même si elles sont minorées officiellement, les langues camerounaises conservent des fonctions qui sont loin d'être négligeables. Si la ville unifie linguistiquement pour des raisons d'efficacité véhiculaire, elle ne peut néanmoins réduire un besoin identitaire qui s'exprime notamment au travers des langues camerounaises, pense Anne Frédérique. Les langues ethniques, quant à elles, sont au centre d'un processus d'identification qui rend délicat leur emploi formel, car elles sont associées de fait à une revendication ethnique. En clair, Les propos reflètent un tiraillement des locuteurs entre le français, sa véhicularité, la

²⁹ FERALE C. de, « Français oral et "camfranglais" dans le sud du Cameroun », dans Queffelec A., (éd.), *Alternance codique en français parlé en Afrique*, Actes du Colloque d'Aix-en-Provence, Septembre 1995, Publications de l'Université de Provence, Aix-en-Provence, 1997, pp. 205-212.

promotion sociale qu'il implique et les langues ethniques, très investies d'un point de vue identitaire.

Cependant, Si l'on cherche à « *analyser les dynamiques linguistiques et sociales*³⁰ » d'une langue au sein d'une population donnée, il est pertinent d'étudier à la fois les usages et les représentations des langues dans la tête des populations. Car, selon Abric, la relation dialectique entre représentations et actions, l'examen des représentations constitue un « *outil heuristique* » indispensable pour « *comprendre la dynamique des interactions sociales et donc éclairer les déterminants des pratiques sociales. La compréhension de toute pratique sociale suppose que soient pris en compte au moins deux facteurs essentiels : les conditions sociales, historiques et matérielles dans lesquelles elle s'inscrit d'une part, et, d'autre part, son mode d'appropriation par l'individu où les facteurs cognitifs, symboliques, représentationnels jouent également un rôle déterminant*³¹ ».

Joseph BRUNET-JAILLY pense que la langue traduit la capacité des locuteurs à réaliser sur des objets extrêmement variés des opérations intellectuelles plus ou moins difficiles et plus ou moins efficaces. Dans cette perspective, c'est s'illusionner ou tromper sciemment son monde que de prétendre équiper les langues pour faire face au besoin d'un vocabulaire technique nécessité par la croissance et par le développement. La connaissance des langues doit servir à autre chose : à promouvoir le bouleversement culturel qu'implique le nouvel esprit scientifique, en fournissant les moyens de surmonter les obstacles qui s'y opposent dans les représentations si tant est que le terme *Représentation* désigne l'ensemble des faits et des interprétations qui échappent à ces moyens de vérification. Quand *connaissance* désigne l'ensemble des faits et des interprétations vérifiables par ces moyens qui convainquent la raison : la logique et l'expérience (scientifique). En somme, il estime que connaissances et représentations sont les unes et les autres capables de commander les comportements individuels et collectifs, et elles ont donc un égal intérêt à ses yeux.

À Madagascar, une étude dont le thème est : *Le vocabulaire de la propreté dans les langues vernaculaires du Sud-Ouest de Madagascar : pour une meilleure approche des problèmes d'hygiène urbaine* a été réalisée. Cette étude vise à lutter contre l'insalubrité qui sévit sur cette grande île. Les membres de l'équipe de recherche sur ce sujet souhaitaient connaître les différents termes lexicaux qui utilisés dans les dialectes désignent tout ce qui concerne les excréments, les lieux d'aisance, les ordures en vue d'alimenter la réflexion des opérateurs sur cette question ; de donner des indications sur la façon dont l'hygiène et la propreté sont perçues par les divers groupes locaux et de faciliter une éventuelle action éducative ultérieure, en

³⁰ BOYER H., « Matériaux pour une approche des représentations sociolinguistiques. Eléments de définition et parcours documentaire en diglossie », dans *Langue Française*, n°85, Larousse, Paris, 1990, pp. 102-123.

³¹ ABRIC J.-C., *Pratiques sociales et représentations*, PUF, Paris, 1994.

permettant de l'adapter aux différences dialectales. Bref, pour les divers groupes qui vivent dans le Sud-Ouest de Madagascar et à Tuléar, la notion de saleté recouvre deux types de réalités radicalement hétérogènes. Le concept de souillure (*hàtiva*) constitue le critère de différenciation. Une politique éducative bien menée, assortie de mesures discrètement répressives, suffirait vraisemblablement à apporter des améliorations sensibles sans choquer exagérément la population.

Dans « La culture et la langue: des déterminants sociaux de la santé des Premières Nations, Inuit et Métis » in *Déterminants sociaux*, le Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone du Canada pense que la culture et la langue influencent nos perceptions et nos expériences de la santé et de la maladie. La culture est un système de connaissances dynamique et adaptatif qui est appris, partagé et transmis d'une génération à l'autre. Elle se reflète dans les valeurs, normes, pratiques, symboles et modes de vie et autres interactions sociales³². Elle est le fondement de l'identité individuelle et collective, et son érosion peut affecter la santé mentale et le bien-être, conduisant à la dépression, à l'anxiété, à l'abus de substances ou même au suicide³³. La langue est un «véhicule de culture», et le moyen par lequel les connaissances, les habiletés et les valeurs culturelles sont exprimées et maintenues. L'extinction de la langue, en particulier chez les peuples autochtones, est une forme de «bouleversement et d'oppression» qui porte atteinte à l'identité, au bien-être, à l'estime de soi et à l'autonomie, qui tous sont des éléments de guérison au niveau individuel et collectif³⁴. La conservation et la continuité de la langue sont critiques à la revitalisation de la culture et à la survie des peuples autochtones³⁵. Pour les Autochtones³⁶ vivant au Canada, qui portent un fardeau disproportionné de maladies, la culture et la langue sont essentielles à l'amélioration des conditions de santé.

Toutefois, Koné & Sy (1995) ont de plus en plus une prise de conscience pour la problématique de la langue et son importance quant à la communication de développement. Comme le dit Koné (1995 :42), le choix de l'outil linguistique peut affecter de manière décisive l'acceptation ou le rejet du message exogène par la communauté cible.

³² Kreuter, M.W. & McClure, S., *The role of culture in health communication*, Annual Review of Public Health, 25: 439-455, 2004.

³³ Kirmayer, L.J., Brass, G.M., & Tait, C.L., *The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community*, Revue canadienne de psychiatrie, 45(7): 607-616, 2000.

³⁴ Cohen, B. *The spider's web: Creativity and survival in dynamic balance*, Canadian Journal of Native Education, 25(2), p. 143, 2001.

³⁵ Battiste, M. & Henderson, J., *Protecting Indigenous knowledge and heritage: A global challenge*, Saskatoon, SK: Purich Publishing, p. 48, 2000.

³⁶ «Autochtone» dans ce feuillet d'information réfère de façon collective aux Autochtones du Canada, incluant les membres des Premières Nations, les Inuit, et les Métis (tel que décrit dans la section 35(2) de la Loi constitutionnelle, 1982). Lorsque possible, nous fournissons les noms et les données spécifiques aux différents groupes ou communautés.

Sy (1995 :65) et Nwosu (1995 :154f) reconnaissent les langues locales comme dépositaires du savoir culturel sur lequel le développement doit nécessairement se baser. A l'instar de Rambelo (1999) qui maintient que la prise en compte de la langue et de la culture locales est une condition nécessaire pour la participation locale des populations au développement, Diawara (2000 :370) définit le développement transmis au travers du savoir local comme « des concepts et conceptions des experts en développement transmis par les langues locales et mesurés au jugement pratique des populations locales. ».

Le ROCARE, dans « Langues, décentralisation et participation communautaire au développement local : quels enjeux pour les communes rurales du Burkina Faso ? », pose à travers leur analyse que les facteurs de la participation communautaire ne saurait ignorer les questions linguistiques. La multiplicité des langues locales et la non transcription de la plupart d'entre elles semblent prédisposer la langue officielle dans une position de « domination ». Pourtant, après plusieurs décennies d'enseignement, elle ne possède toujours pas assez de locuteurs, si bien qu'elle reste peu accessible, à de nombreux Burkinabé. Son utilisation tend à constituer un obstacle à l'accès à l'information, à la libre expression des acteurs et des savoirs locaux. Pourtant ces conditions sont indispensables à une responsabilisation des communautés à la base dans la perspective de leur intégration au processus de développement local. Tenant compte de ces considérations, l'étude s'est donné pour objectif d'améliorer la connaissance des relations entre langues et participation communautaire au développement local. Elle met en lumière les avantages et les limites de l'utilisation des langues locales d'une part et des langues officielles d'autre part tout en dégagant les conditions d'une langue dont l'utilisation est à même de favoriser la participation communautaire. En bref, l'étude conclut que ce sont les langues locales qui sont les plus aptes à favoriser la participation communautaire.

Pour Maxime Somé, dans son article *Les langues africaines et les tic*, depuis plusieurs décennies de multiples conférences ont placé au cœur de leurs préoccupations la question du développement de l'Afrique. Toutefois ces approches sont caractérisées par des visées économistes. La dimension sociale et culturelle est souvent exclue. Cet article essaie de montrer l'importance de la langue et de la culture comme facteur important pour le développement. La valorisation du capital humain devrait tenir compte des réalités linguistiques, socioculturelles et des nouvelles technologies pour arrimer l'Afrique au village planétaire du siècle et du millénaire naissants.

Dans son article « La barrière culturelle dans le soin. » paru dans la revue de l'infirmière 2013; 62 (195) : 37-9. , DJADAOUJEE Lisa nous informe de ce que la diversité culturelle française se manifeste au sein des hôpitaux en France, du coup les soignants sont confrontés à des

problèmes de communication liés à la barrière de la langue. Certes, la communication est indispensable mais pas suffisante pour prendre soin d'un patient. Derrière la barrière de la langue se cache une barrière culturelle qu'il faut prendre en compte pour prodiguer des soins de qualité.

L'enjeu de la communication est tel que l'on assiste, depuis ces dernières années, à la multiplication des services de spécialistes appelés conseils en communication³⁷ qui, selon Baylon & Mignot (1999 : 10), tend à élargir son sens. Balima & Frère (2003 : 13), tout en relevant son intensification dans les projets de développement, soulignent les mutations que la communication a connues en Côte d'Ivoire. Cependant, il est certain que communication et cultures sont intimement liées (voir Ladmiral & Lipiansky 1989 ; Samovar & Porter 1991 ; Hall 2002), à tel point que l'on ne peut comprendre la première sans la seconde (Samovar & Porter 1991 : xii).

C'est dans cette perspective que la communication interculturelle est conçue pour désigner une situation de communication où le destinataire et le destinataire appartiennent à des cultures différentes. Ce concept s'applique à la communication entre «co-cultures³⁸». Ainsi que le montrent Samovar & Porter (1991) et Hall (2002), la culture, en particulier la vision du monde, les valeurs et les normes qu'elle véhicule sont importantes pour comprendre la communication interculturelle, dont la traduction constitue un exemple parfait.

Cependant, il faut relever, comme le notent Ladmiral & Lipiansky (1989 : 11 et 21), que la communication interculturelle est d'abord un problème de communication tout court et que les clivages linguistiques de la communication interculturelle, selon les situations, peuvent être considérés comme un obstacle ou seulement comme un élément de la relation interculturelle.

Mais on ne doit pas voir cette relation entre culture et communication dans un sens unique. Hall (2002 : 55) souligne que la relation entre culture et langue est situationnelle. Pour lui, négliger la situation de la communication peut aboutir à des déceptions dans les interactions interculturelles.

Même si la culture permet de comprendre le monde, elle ne doit pas transformer les individus en robots culturels dont les actions seraient prévisibles et programmables. La culture n'est pas un système clos, mais ouvert, dynamique et capable d'adaptation selon la situation et le contexte. C'est dire que culture et communication s'influencent réciproquement.

³⁷ Il faut relever que dans la culture traditionnelle africaine, les «griots» en Afrique francophone ou «King's linguists» en Afrique anglophone, maîtres de la parole et véritables spécialistes de la communication sont au cœur du pouvoir politique traditionnel. Diabaté (1985), Nama (1993), Kouraogo (2001) montrent la place cruciale qu'occupent ces personnages dans le système politique traditionnel. Diabaté (1985 : 21) signale qu'on ne peut concevoir un chef «s'il n'est entouré de griots qui le relie directement à la masse, au présent, et le projettent sur l'avenir». Kouraogo (2001 : 116) montre le parallèle qui existe entre les «King's linguists» de la période précoloniale et les interprètes modernes au Burkina Faso. Kouraogo considère que ces derniers, pour la plupart des amateurs, perpétuent la tradition des premiers.

³⁸ Ce terme de «co-culture» a été utilisé par Samovar & Porter (1991 : xii) dans le contexte américain, caractérisé par le multiculturalisme. La conclusion que l'on peut tirer d'un tel constat est que la communication interculturelle est un phénomène observable tant au plan international que national.

2.2.2 Représentation et Communication pour la santé

Raymond MBOUZÉKO choisit d'interroger les échanges discursifs entre les acteurs de la communication sociale sur le paludisme pour expliquer la persistance du paludisme qui continue de sévir, faire chaque année plus de victimes et de morts que toutes les autres maladies. Cette maladie est, pour lui, au cœur de nombreux échanges, en faisant intervenir des représentations scientifiques et des représentations sociales séculaires des populations. En fonction des acteurs, l'on distingue ainsi : des discours internationaux et des discours nationaux sur cette maladie. Les seconds sont constitués principalement de discours médicaux (produits par les experts tant de la médecine conventionnelle que ceux de la médecine traditionnelle), de discours économiques et politiques. En clair, l'examen de la construction de ces discours montre que les discours nationaux sont l'adaptation des grandes orientations adoptées au niveau mondial pour la lutte contre l'endémie. Ces discours répondent, par ailleurs, aux exigences économiques, de santé publique, de mobilisation des fonds et de mobilisation sociale liés à la lutte contre le paludisme. L'analyse de ces discours a permis de déceler plusieurs entraves à la prévention du paludisme : le jeu des protagonistes de la lutte et la promotion de méthodes de prévention impuissantes à juguler durablement le fléau paludique dans le pays. Dans cette étude, son auteur estime que la lutte en effet, des acteurs, y compris ceux entretenant des représentations sociales néfastes sur le paludisme limitent l'accès des principales cibles de la maladie à savoir les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, aux moustiquaires imprégnées d'insecticides. D'autres mettent en avant leurs profits personnels. Enfin, les discours montrent que les méthodes courantes de prévention de la maladie sont celles de protection contre les piqûres de moustiques et non celles de frein à leur prolifération. Elles se confinent au domaine de la santé au lieu de faire de la lutte un problème holistique de développement qui met une emphase sur les mesures d'assainissement pour contrôler la prolifération des moustiques.

Anne Frédérique nous informe que le champ d'étude des représentations sociales permet de prendre en compte « *de façon complexe l'ancrage social du langage* », un terme qu'elle a emprunté à Gasquet-Cyrus. Par contre, il est indispensable de considérer la notion de représentation « *au regard de la spécificité du linguistique* », terme qu'utilise Culioli afin de procéder à une appropriation, et non pas seulement à une transposition, de ce concept. Les phénomènes langagiers tels que les phénomènes situationnels, sociaux, historiques, etc., apparaissent déterminants dans une situation sociolinguistique donnée. D'où Branca-Rosoff d'estimer que les représentations langagières sont : « *l'ensemble des images que les locuteurs*

*associent aux langues qu'ils pratiquent, qu'il s'agisse de valeur, d'esthétique, de sentiment normatif ou plus largement métalinguistique*³⁹ ».

Pour Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, à bien d'égards, *la Santé* constitue un défi d'où l'affirmation populaire « la santé c'est tout ! ». C'est tout parce que la santé renvoie à la maladie dans sa forme aiguë et plus encore peut-être dans sa forme chronique, à son traitement et donc aux institutions, notamment l'hôpital, qui la prennent en charge, aux professionnels de plus en plus nombreux qui s'y consacrent, médecins et soignants, aux usagers de plus en plus actifs, aux pratiques et aux techniques de dépistage et de soins, et on sait qu'en ce domaine combien les recherches en biologie et en génétique ouvrent de perspectives encore mal appréhendées. La santé, la façon dont on la définit et la prend en charge peuvent être ainsi considérées comme le révélateur de structuration et de tendances lourdes d'évolution de nos sociétés et des relations entre sociétés avec leurs inégalités, leurs priorités et leurs rapports de force. Fort sagement, les auteures ont limité leurs ambitions et ont laissé de côté, ne les abordant à l'occasion que de façon adjacente, un certain nombre de domaines ou de sous-domaines qui pour n'être pas sans rapport avec la question, font l'objet d'investigations propres, sociologie du corps, sociologie du handicap, sociologie de l'alimentation, etc. Mais si la santé est une porte d'entrée pour décrypter des fonctionnements sociaux plus généraux, elle est aussi une médiation fort utile pour introduire à la sociologie. Non seulement elle se révèle être un des domaines où il est le plus aisé de mettre au jour les conditionnements sinon les déterminants sociaux ou socioculturels et socio-économiques producteurs de représentations et de pratiques différenciées et d'inégalités sociales. Mais elle constitue un champ où les paradigmes de la sociologie, fonctionnalisme, interactionnisme, analyse systémique-stratégique, individualisme méthodologique, etc. La sociologie de la santé, appréhende sous les différentes dimensions telles que la sociologie des organisations pour comprendre le fonctionnement de l'hôpital ou des réseaux, la sociologie des professions tant la dynamique du système de soins révèle la vivacité des tensions entre les logiques professionnelles et les logiques institutionnelles, la sociologie des innovations et du risque tant les progrès de la connaissance et le développement des techniques, des biotechnologies par exemple, apparaissent susceptibles de modifier nos pratiques et nos représentations et par là même et plus fondamentalement encore, nos identités, la sociologie politique vus les enjeux sociétaux. Pour Danièle Carricaburu et Marie Ménoret c'est autour de cette « dynamique » à savoir :

« retracer comment les sociologies de la médecine et de la maladie se sont progressivement transformées au profit d'une sociologie plus générique de cet objet "santé" que les sociologues

³⁹ BRANCA-ROSOFF, « Les imaginaires de la langue », dans *Sociolinguistique, Territoire et objets* de Boyer H. (dir.), Delachaux et Niestlé, Lausanne et Paris, 1996, pp. 79- 114.

voient dorénavant comme une construction culturelle et sociale et comme un espace politiquement structuré⁴⁰. » qu'est construit l'ouvrage.

L'anthropologue Yannick JAFFRÉ soutient qu'en matière de santé publique, il faut absolument tenir compte des représentations et conduites des populations sinon, c'est l'échec. Pour soutenir sa pensée, il avance ceci : « *les principaux déterminants de santé sont enchâssées dans des représentations et des conduites sociales*⁴¹. »

La santé dans les pays en développement, dépend d'un ensemble de facteurs allant de l'économie à l'interprétation populaire de la maladie. Même les choix thérapeutiques sont fonction de la manière dont les maladies sont ressenties et interprétées. Alors, enjoindre au malade de changer sous peine de danger même pour préserver sa santé équivaut à remettre en cause ses fondements sociaux dépassant une simple « habitude favorisant une mauvaise santé », partie visible de l'iceberg. C'est ce qui donne à JAFFRÉ de conclure en proposant la prise en compte des interactions entre malades et soignants non seulement mais aussi des sens des populations vis-à-vis de leur santé, un pas significatif vers la participation.

Axel Hoffman donne à voir les différents points de vue des anthropologues sur les représentations des maladies chez les hommes. Tout d'abord, observant les Azandés et leurs conceptions de la maladie, l'anthropologue Evans Pritchard suggérait, en 1937, que le langage de la croyance exprime des idées peut-être raisonnables mais fausses, et que celui de la connaissance décrit la réalité objective, comme la pratique médicale qui déduit le diagnostic des symptômes. Ensuite, pour les anthropologues plus modernes comme Jeanne Favret-Saada, le langage de la maladie n'est pas une suite d'énoncés neutres sur le monde, que pourrait valider le scientifique, mais ce par quoi une lutte acharnée s'engage entre des forces mauvaises. L'anthropologie fait ainsi comprendre que le savoir humain est modelé par la culture et qu'il se constitue à partir des modes de vie et d'organisation sociale. Des cultures différentes forment la réalité de façons différentes.

De plus, Sapir met en évidence que les mondes dans lesquels vivent les diverses sociétés sont des mondes distincts et pas simplement un même monde portant des étiquettes différentes. Ruth Benedict soutient qu'aucune institution ou conduite sociale ne peut être interprétée isolément mais seulement par rapport à une configuration culturelle. C'est ainsi que telle organisation de la personnalité qui nous semble anormale sert, dans d'autres civilisations, de fondement à la vie institutionnelle, et qu'à l'inverse, des traits de caractère appréciés chez nous sont aberrants dans

⁴⁰ Danièle Carricaburu, Marie Ménolet, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Éditions Armand Colin, collection « U », Paris, 2004, 235 pages, p.5.

⁴¹ Yannick JAFFRÉ, *Facteurs socioculturels et santé : l'exemple du sahel* in actualité et dossiers en santé publique « santé publique et pays pauvres » n° 30, Mars 2000, pp 48-49.

des cultures organisées autrement. La normalité et l'anormalité sont des concepts éthiques, des variantes du concept de « *bien* ».

Enfin, l'affirmation de Benedict selon laquelle la pathologie en soi est inséparable de la culture garde son actualité, cependant, on n'accepte plus aujourd'hui la manière dont elle appliquait aux sociétés des termes propres aux descriptions des individus : par exemple, l'argument selon lequel, la psychose fait partie du comportement humain normal et est valorisée à l'extrême par certaines sociétés. En clair, les représentations de la maladie comme croyances populaires peuvent être décrite sous forme mathématique :

« ce qui est perçu comme prédisposition à la maladie + ce qui est perçu comme gravité de la maladie + ce qui est perçu comme bénéfice des actions préventives - ce qui est perçu comme obstacle à ces actions = probabilité d'adopter un comportement préventif ou curatif correct. »

C'est un utilitarisme subjectif qui réduit la multitude des significations associées à la maladie à un ensemble d'énoncés individuels évalués par rapport au savoir biomédical. Les représentations étant des activités rationnelles, instrumentales de l'individu, la création de sens comme qualité distinctive et constitutive de l'homme n'y est pas prise en considération.

2.2.3 Éducation et communication pour la santé publique

L'Anthropologue Claude PAIRAULT pense qu'au bout du compte, l'éducation pour la santé cesse d'être conçue d'abord comme une entreprise de fabrication et de distribution de messages. Et s'appuyant sur Marshall MCLUHAN, il soutient qu'enfin, le message doit être travaillé, ce qui suppose non seulement une grande attention donnée aux fonctions d'expression et de communication, mais, en même temps qu'un usage pertinent du langage articulé, le recours indispensable aux langages des gestes, des œuvres et des actes. En clair, en se référant à quelques expériences bien différenciées, l'auteur illustre la nécessité d'une communication qui, en vue de l'éducation pour la santé, ne doit pas seulement accompagner l'exécution d'un programme, mais prélude à sa conception et à sa mise en œuvre.

Raymond MASSÉ propose une synthèse des cadres conceptuels et des contributions à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé. En partant du constat selon lequel les programmes de Santé Publique implantés dans les pays en voie de développement ont bien du mal à recueillir l'adhésion des milieux ciblés, l'auteur propose d'en tirer les leçons sans jamais tomber dans la facilité d'un parti - pris disciplinaire, mais au contraire, en dégagant l'intérêt du partenariat avec d'autres disciplines telles que la psychologie communautaire ou l'épidémiologie. L'idée n'est pas nouvelle, mais l'intérêt de l'ouvrage réside dans sa clarté, son actualisation et sa finesse car si R. Massé milite ouvertement pour une remise en question des seules catégories diagnostiques médicales, particulièrement celles touchant les

désordres mentaux, et s'interroge sur leur validité transculturelle, notamment dans les études comparatives, il conserve le souci constant de travailler auprès des acteurs biomédicaux, avec eux, et non pas en dehors d'eux. Le questionnement sur la rationalité comme valeur centrale en Occident fait alors figure de fil rouge tout au long de l'ouvrage et nous invite constamment à sortir des modèles binaires corps/esprit, populaire/ scientifique, individuel/collectif, pour n'en citer que quelques-uns, afin de mieux appréhender la complexité, mais aussi la richesse du conditionnement culturel, particulièrement lorsque se trouvent en jeu la restauration ou le maintien de la santé⁴².

2.2.4 Développement et Communication pour la santé

Michel TJADÉ Eoné revient sur les différentes positions quant à l'usage de la communication dans le développement, celle lui conférant une présence d'un côté et de l'autre, celle qui la relègue au rang de corollaire du développement. En accord avec la position de la communication pour le développement comme moyen de développement, Eoné se fait fort de rapporter des exemples de l'usage de la communication notamment en Afrique et en relève leur succès mitigé du fait d'un mauvais emploi. Le modèle diffusionniste des premiers théoriciens de la communication pour le développement est fortement privilégié, modèle qui pousse plutôt les populations « à l'inertie » et « à l'indifférence », justifiant les détracteurs de la communication pour le développement. Toutefois, il conclut qu'il faut déconstruire cette approche trop ancrée dans les méthodes des dirigeants des pays en développement et opter pour l'approche participative. Il préconise donc une « *communication interactive par le biais des medias africains qui va aider à former une opinion publique de discernement et de participation*⁴³. », indice de changement social et condition pour un décollage certain de l'Afrique.

Aghi BAH I Auguste met plutôt l'accent, pour une efficacité de la Communication pour le développement, sur le message et la diffusion de bonnes pratiques dans l'action communicationnelle pour le changement de comportement réel en santé. L'élaboration d'un message selon lui est « une science » et un « art ». Pour éviter l'inefficacité, le message doit être en adéquation avec les besoins, les aspirations et systèmes de valeurs des acteurs de santé dont font partie les bénéficiaires des soins de santé. Les acteurs impliqués dans la conception des messages ne font pas souvent consensus sur l'approche de la communication au corps médical en passant par la cible. Enfin, l'autre entrave important demeure le bailleur de fonds qui contrôle les

⁴² Claire Boileau, « Raymond Massé, *Culture et Santé Publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé* », *Face à face* [En ligne], 1 | 1999, mis en ligne le 01 septembre 1999, consulté le 12 septembre 2014. URL : <http://faceaface.revues.org/469>.

⁴³ TJADÉ Eoné Michel, *Communication et changement sociaux : pour une représentation synergique et interactionniste*, in *Communication et changement social en Afrique et dans les Caraïbes : bilan et perspectives*, Douala, Avril 2006, pp 114-115.

exécutions des programmes à un point qu'il n'y ait pas assez de possibilités d'initiatives innovantes et partisans de la duplication textuelle de ce qui s'est fait ailleurs et qui a marché, les messages, les canaux et approches compris.

Communication et santé : des paradigmes concurrents est l'article où Renaud Lise et Carmen Rico de Sotelo relatent l'évolution des approches de communication en matière de santé. Selon elles, la communication pour la santé a eu recours à plusieurs approches dans sa mise en œuvre à savoir : l'approche de la modernisation ou modèle linéaire de changement de comportement ; l'approche de la dépendance ou la conscientisation et l'*empowerment* (la conscientisation des groupes et l'éducation populaire qui deviennent des concepts clés sur lesquels reposent certains projets de communication en santé publique) et l'approche du nouveau développement ou la participation et le co-développement. Cependant, après le déploiement de tant de programmes utilisant les communications pour la santé, pourquoi les problèmes socio-sanitaires persistent-ils ? L'article fait ressortir une coexistence d'approches théoriques différentes et parfois opposées selon les écoles. Il demeure que la communication comme vecteur de changement de comportements semble rester l'axe théorique dominant dans le domaine de la santé.

2.2.5 La perception de la maladie en Afrique et communication pour la santé

Le lien entre langue et culture apparaît particulièrement quand il s'agit d'un domaine chargé de valeurs et de tabous comme la santé. Les représentations de la maladie et de la santé, qui sont au centre des préoccupations de toute société, portent la marque de celle-ci et de sa culture. De nombreuses études anthropologiques dont, par exemple, Murdock (1980), Jacobson & Westerlund (1989) et Augé & Herzlich (1995) montrent que la maladie a une dimension sociale et culturelle dont l'interprétation et l'explication varient selon les sociétés. Murdock distingue par exemple les théories de la causalité naturelle de la maladie et les théories de la causalité surnaturelle. Les théories surnaturelles sont subdivisées en trois groupes : les théories mystiques, les théories animistes et les théories magiques. D'une façon générale, l'auteur aboutit à la conclusion qu'il existe une prépondérance, à travers le monde, d'attribution de causalité surnaturelle de la maladie dans toutes les croyances, en particulier en Afrique, où elles prédominent (1980 : 26).

Cette approche a été rejetée par de nombreux anthropologues, à commencer par Augé (1995), qui ne voit pas de différence fondamentale entre les systèmes médicaux africains, qui seraient basés sur le surnaturel et la magie, et le modèle biomédical d'origine occidentale, dit scientifique. Pour Augé la réalité est plutôt complexe ; il conviendrait de parler de « systèmes pluriels » où coexistent plusieurs traditions médicales qui ne s'excluent pas les unes les autres, en particulier en Afrique où le traitement de la maladie est souvent à la fois social et biologique.

On ne se contente pas de soigner le corps malade seulement, mais il faut s'attaquer également à ses causes sociales.

Cependant les conclusions auxquelles Murdock (1980) est parvenu dans son étude portant sur un échantillon de 139 sociétés à travers le monde, dont 18 représentent l'Afrique sub-saharienne, confirme, et si besoin en était, le lien entre la culture et la maladie. En effet, il a relevé que les théories de la maladie ont tendance à être les mêmes au sein d'une même famille de langues. Cela renforce donc non seulement le lien entre langue et culture mais également souligne les aspects culturels de la santé et de la maladie.

Le cas spécifique de la Côte d'Ivoire nous permettra, d'une part, de mettre en exergue le rapport entre langue et culture et, d'autre part, d'analyser comment ce rapport est pris en compte dans la traduction. Celle-ci étant un phénomène non seulement linguistique mais aussi culturel, toute traduction vers les langues africaines doit en tenir compte. Le traducteur doit savoir, par exemple, que dans presque toutes les cultures ivoiriennes, la sexualité est un sujet tabou⁴⁴. Par conséquent, la traduction des documents portant sur l'éducation, l'information et la sensibilisation en matière de sexualité ou de sida par exemple doit tenir compte de ce facteur culturel. Il existe un lien étroit entre culture et représentations de la maladie.

2.3 DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS DE L'ÉTUDE

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

2.3.1 Langues locales

Le terme de *langue* évoque d'ordinaire la forme Parlée. De plus, on peut définir le terme *langage* ou *langue* selon la physiologie, l'ethnologie, la sociologie et la linguistique.

Pour la physiologie, c'est un phénomène biophysique qui consiste à l'émission d'un certain nombre de sons. Le *langage* est le produit d'un appareil biologique émettant des sons qui ont un sens. Cet appareil se compose des poumons, du larynx et des cordes vocales, de la bouche et des fosses nasales. Dans la bouche, l'organe le plus actif est la langue et, dans certains dialectes, c'est précisément ce mot qui sert aussi à désigner le langage.

Quand pour l'ethnologue, la langue est un élément culturel transmis par hérédité. Pour le sociologue, c'est un moyen de communiquer des sentiments, des idées et des connaissances, que l'on peut désigner sous le titre général d'usages sociaux ou de culture. La langue qu'on parle, et notamment celle qu'on apprend étant enfant, est un élément culturel transmis par l'hérédité qui

⁴⁴La planification familiale, le sida et l'excision qui touchent à la sexualité constituent, selon Bougaïré (2004 : 15) des «des sujets tabous, difficilement abordés par les couples, les parents et même les éducateurs, ceci par pudeur».

fait partie des habitudes de l'homme. Comme tout élément culturel, une langue maternelle ou vernaculaire se transmet pour être conservée, mais est sujette, comme tous les autres éléments culturels, à des transformations liées à celles que subit la culture dans son ensemble.

Du point de vue social, une langue joue le rôle d'un lien entre les individus; c'est un instrument d'échange des pensées. À ce titre, elle doit être conventionnelle, respecter certaines valeurs conférées aux signes linguistiques et acceptées par tous les membres de la communauté. En linguistique, la langue désigne un système de signes arbitraires mais codés (propre à une communauté ou à une nation) et permettant de communiquer. La langue peut être comprise comme le langage commun à un groupe social (qu'on appelle communauté linguistique). Ainsi le « langage se définit comme une fonction d'expression de la pensée et de communication entre les hommes, mise en œuvre au moyen d'un système de signes vocaux (parole) et éventuellement de signes graphiques (écriture) qui constitue une langue⁴⁵ ». En réalité, le mot langue est très souvent accompagné d'un qualificatif ou simplement remplacé par un synonyme qui permettent de le replacer dans certains contextes précis. Dans ce sens, on distingue :

- **Langue nationale** : Langue d'un groupe ethnique dont l'usage est légalement reconnu dans l'Etat auquel appartient ce groupe. Dans certains pays comme le Burkina Faso, le concept « langue nationale » est assimilé aux langues du terroir par opposition à la langue officielle. Dans d'autres pays, l'appellation « langue nationale » correspond à un statut qui n'est pas accordé à toutes les langues parlées.
- **Langue vernaculaire** : la langue locale communément parlée au sein d'une communauté. Ce terme s'emploie souvent en opposition avec le terme langue véhiculaire qui sert de moyen de communication entre deux ou plusieurs communautés n'ayant pas la même langue maternelle.
- **Le dialecte** : Selon Leclerc (1986 : 52), les dialectes sont des formes locales d'une langue, assez particularisées pour être identifiées de façon distincte, mais dont l'intercompréhension est plus ou moins aisée entre les personnes qui parlent la même langue.
- **Langue maternelle** : c'est la première langue qu'a apprise un individu ou dans laquelle il a appris à parler, généralement celle de sa mère.
- **Langue officielle** : est une langue dont l'emploi est statutairement reconnu dans un État, un organisme, pour la rédaction des textes officiels émanant de lui. Au Burkina Faso la langue officielle est le Français.

Dans le cadre de notre étude, les langues locales ou communément appelées langues vernaculaires ou encore ethnies désignent le patois qu'utilise un peuple donné pour communiquer sa pensée au sein de son groupe. En d'autres mots, la *langue* sert d'expression des pensées et des sentiments.

⁴⁵ Dictionnaire Petit Robert 1998.

« Pour les linguistes, la langue est un système de signe arbitraires mais codés propre à une communauté ou à une nation et permettant de communiquer.⁴⁶ »

Devant une telle définition de la linguistique, nous affirmons que la langue maternelle ou locale est tout système de communication linguistique dans lequel une personne a appris ou apprend à parler.

2.3.2 Communication et la santé publique

Les communications jouent un rôle clé dans la prise de conscience des problèmes sanitaires. Elles sont d'ailleurs largement utilisées à cette fin, en plus d'être employées pour tenter d'influencer les comportements des gens en faveur de l'environnement sanitaire. À cette fin, elles tentent d'agir sur les facteurs d'influence et les barrières au changement.

Dans cette expression, nous définirons tout d'abord le terme de *communication*, ensuite, celui de *santé publique*.

La communication est définie comme « l'opération au cours de laquelle des sujets échangent ou partagent des informations pour en arriver à une compréhension réciproque, un accord mutuel ou une action commune » (Devirieux, 2007). Selon Lasswell et Jakobson, le processus communicationnel comporte six composantes. Ces composantes sont présentées :

1. Qui?	2. Dit quoi?	3. À qui?	4. Par quel moyen?	5. Avec quel effet?	6. Dans quel contexte?
---------	--------------	-----------	--------------------	---------------------	------------------------

Figure 8 : Composantes du processus communicationnel selon Lasswell et Jakobson

En ce qui concerne la quatrième composante du processus communicationnel (par quel moyen?), une grande variété de moyens peut être utilisée pour communiquer un message. Ceux-ci sont divisés en deux éléments : les codes et les médias. Les codes existants sont les signes, la parole et l'écriture. Quant aux médias, ceux-ci incluent la télévision, l'Internet, le téléphone, la radio, les journaux, etc. Le choix des moyens doit être effectué en fonction du type de communication désiré. Ce dernier dépend du sens concerné (ex. : communication écrite, audiovisuelle, auditive, par signes, etc.) ainsi que du nombre et de la position des acteurs (ex. : communication interpersonnelle, de groupe, médiatique, descendante, publique, etc.). (Devirieux, 2007)

Quant à l'expression *santé publique*, elle est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective et concertée⁴⁷.

⁴⁶ Microsoft® Encarta® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation. Tous droits réservés.

Cette action vise à :

- assainir le milieu ;
- lutter contre les maladies ;
- enseigner les règles d'hygiène personnelle ;
- organiser les services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ;
- mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé.

La santé publique est une discipline qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects (curatifs, préventifs, éducatifs, etc.).

À l'issue de ces deux définitions, nous pouvons affirmer avec Renaud Lise et Carmen Rico de Sotelo que la communication pour la santé (CPS) est :

« l'étude et l'utilisation de stratégies de communication interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives, propices à l'amélioration de la santé.⁴⁸ »

La communication pour la santé publique est celle dont il est question dans cette thèse. La communication pour la santé publique est réalisée par des institutions ou des organisations publiques. Les principales fonctions de ce type de communication sont les suivantes : informer le public, expliquer et accompagner les décisions, défendre des valeurs et des biens communs, promouvoir des comportements responsables, ainsi qu'assurer un dialogue entre les institutions et les citoyens. Les fonctions poursuivies dépendent de l'objectif des communications en matière de santé. Dans le cadre de cette étude, la communication pour la santé publique visent à prévenir et à éviter certains comportements ou à les modifier dans le domaine de la santé. Elle sert alors d'instrument de politique publique. (Pasquier, 2011)

Le processus communicationnel présenté ci-dessous s'inscrit dans le contexte d'une campagne de communication publique. Lors de la réalisation d'une campagne de communication pour la santé, ce processus doit être pris en compte. Pour s'en assurer, plusieurs auteurs décrivent les étapes de mise en œuvre d'une campagne de communication publique. En somme, la communication pour la santé est l'étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé. La communication pour la santé s'exerce dans des contextes multiples : relation patient-prestataire de services ;

⁴⁷ TCHAMRAN Nadia-Paule, *Communication et santé publique en C.I : Focus sur la lutte contre le paludisme*, Projet de thèse de doctorat sous la direction du Professeur BLÉ Raoul Germain, UFRICA, Université Félix Houphouët BOIGNY d'Abidjan-Cocody, Année universitaire 2008-2009.

⁴⁸ Renaud Lise, Carmen Rico de Sotelo, *Communication et santé : des paradigmes concurrents*, p. 32, 2007.

recherche d'informations sur la santé par un individu ou un groupe ; adhésion d'un individu ou d'un groupe à un traitement ou à des recommandations spécifiques ; élaboration de campagnes de sensibilisation destinées au grand public ; conscientisation aux risques pour la santé associés à des pratiques ou à des comportements spécifiques ; diffusion dans la population d'une certaine représentation de la santé ; diffusion de l'information relative à l'accessibilité aux soins de santé ; communication auprès des décideurs afin qu'ils modifient l'environnement, etc.

Variante de *la communication pour le développement* (CPD) dans le domaine de la santé, *la communication pour la santé* (CPS) fut mentionnée en 1978 à Alma Alta en Indonésie au cours de la conférence internationale sur la santé pour la première fois. Cela a été repris lors de la signature de la charte d'Ottawa à la rencontre de l'OMS en 1986. En clair, les États ont pris l'engagement d'inscrire la communication dans la santé pour améliorer la santé des populations.

Par ailleurs, il serait intéressant de donner une définition de la notion de communication pour le développement (CPD) évoquée plus haut afin de pouvoir montrer le lien qui existe entre ces deux communications. La définition pour laquelle nous avons opté est d'Aghi Auguste BAHU. Pour celui-ci, la communication pour le développement (CPD) est :

« l'utilisation rationnelle, structurée, organisée des moyens de communication médiatiques et non médiatiques pour encourager le développement en stimulant la participation active et responsable des acteurs et bénéficiaires.⁴⁹ ».

2.3.3 Définition de l'attitude

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

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

En psychologie, Bloch *et al.* (1997, p.119) définissent l'attitude comme un « état de préparation dans lequel se trouve un individu qui va recevoir un stimulus ou donner une réponse et qui

⁴⁹ Aghi Auguste BAHU, *Élaboration des messages en communication pour la santé et problématique du changement de comportement*, P. 81, 2006.

oriente de façon momentanée ou durable certaines réponses motrices ou perceptives, certaines activités intellectuelles ».

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

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

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

Une tendance relativement stable à répondre à quelqu'un ou à quelque chose de manière qui reflète une évaluation (positive ou négative) de cette personne ou chose. Les réponses comportementales font partie des manières par lesquelles l'individu peut exprimer son évaluation.

Au vu de ces différentes définitions, nous comprenons la complexité du concept d'attitude. Toutefois, la définition proposée par Moscovici semble mieux nous renseigner sur ce qui est convenu d'appeler l'attitude des personnes face au VIH/Sida. Moscovici (1960), cité par Ebalé Moneze (2001, p.4), propose une définition qui tient compte de deux grandes sphères de

réflexion sur les attitudes. Il définit l'attitude comme « un schéma dynamique de l'activité psychique, schéma cohérent et sélectif, relativement autonome, résultant de l'interprétation et de la transformation des mobiles sociaux et de l'expérience de l'individu. »

Ce schéma psychologique appelé attitude est fortement corrélé à une opinion ou à un jugement de valeur. L'attitude est donc une variable intermédiaire entre la situation et la réponse à cette situation. Elle permet d'expliquer que, parmi les comportements possibles d'un sujet soumis à un stimulus, celui-ci adopte tel comportement et non tel autre.

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

L'attitude, il faut le dire, est toujours porteuse de sens sinon d'intention. Ce que nous pouvons retenir de ces multiples définitions est que l'attitude permet d'avoir une vue d'ensemble sur les comportements des individus face à des objets précis, des situations précises, des personnes précises et des phénomènes précis. L'attitude a un rôle de variable intermédiaire entre l'environnement et les réponses d'une personne. C'est une variable interne non-observable : on parle de « construit » latent. Nous ne pouvons pas l'observer directement, nous l'inférons des réponses de la personne lorsqu'elle est confrontée physiquement ou symboliquement à l'objet.

Dans le cadre de notre étude, l'attitude désigne la disposition ou l'état d'esprit dans lequel se trouve un individu ou une personne avant et après une sensibilisation d'ordre sanitaire ou ayant été exposé à un message de lutte contre une maladie. C'est encore l'état de préparation des individus face à leur comportement. En d'autres termes, elles renvoient aux perspectives de la santé des personnes en rapport à la prévention face aux maladies et à la résistance au changement de comportements.

2.3.4 Définition de comportement

Du point de vue étymologique, comportement vient du latin « *portare* » qui signifie « porter » et « *cum* » qui signifie « avec ». Dans ce sillage, le comportement est considéré comme l'ensemble de « réactions d'un individu, considéré dans un milieu et dans une unité de temps donnés, à une excitation ou un ensemble de simulations » (Sillamy, 1996). Le comportement, qui dépend à la fois du sujet et de son environnement, et non pas de l'un ou de l'autre seulement, a toujours un

sens et une fonction. Ainsi, il correspond à la recherche d'un état ou d'un objet susceptible de réduire les tensions et les besoins de l'organisme. Ce phénomène est beaucoup plus préoccupant et important lorsqu'on se situe dans l'étude du comportement en matière de santé qui est généré par des tensions psychologiques, des besoins organiques, relationnels, sociaux, culturels, affectifs (sentimentaux et émotionnels), moteurs, verbaux, etc.

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

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

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

· Le comportement désordonné ou non, risqué ou non désigne un acte plaisant pour un sujet, dénué de tout esprit de responsabilité, posé sans aucun contrôle de sa part et le plus souvent proscrit par la norme sociale.

Dans le cadre de notre étude, le comportement sexuel renvoie à la mise en application des mesures de santé en période ou non de maladie.

2.3.5 Définition du changement et du changement de comportement

De façon générale, le changement est défini par le fait de changer ou le passage d'un état à un autre, et il est synonyme de modification et de transformation (Dictionnaire universel Francophone en ligne, 2006, *e-test*). D'après le petit Robert (2005), le changement désigne le fait de changer, c'est-à-dire remplacer quelqu'un ou quelque chose d'autre ; rendre différent, modifier ; faire passer d'un état à un autre, transformer. Le changement en psychologie désigne « l'instauration d'un nouvel équilibre qui implique la résolution d'un état de tension

psychologique, de sentiments vécus, souvent confus où se mêlent une anxiété et une nostalgie vis-à-vis de l'ordre passé » (Bloch *et al.*, 1997).

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

2.3.6 Définition de la résistance et de la résistance au changement

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

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

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

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

Dans notre étude, nous considérons la résistance au changement comme un refus volontaire, une opposition, une fermeté à une action. Il s'agit également de la non-application des mesures de prévention de la santé pendant la flambée des maladies. Cette action est considérée dans notre étude comme une résistance au changement, dans la mesure où les individus, depuis plus des décennies, sont sensibilisés au quotidien sur les dangers des maladies et refusent d'innover en adoptant régulièrement les mesures préventives ou de changer complètement en intégrant les mesures dans leurs habitudes.

2.3.7 Définition de l'intention

Merlet, Garnier, et Vinciguerra (2006, p.588) définissent l'intention comme « *dessein délibéré d'accomplir tel ou tel acte ; volonté* ». Bloch et al. (1997, p.652) la définissent comme « représentations d'un but ; contenu d'une pensée, d'une croyance, d'un désir, etc. ».

Plusieurs auteurs en voulant définir l'intention ont porté leur attention sur l'intentionnalité qui renvoie au « caractère d'une activité orientée vers un but » (Sillamy, 1980, p.618).

L'intentionnalité prend généralement la signification d'orientation ou de visée, au sens dynamique d'activité orientée.

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

Dans le cadre de notre étude, l'intention renvoie au dessein, à la volonté, au souhait, à la détermination qu'a un individu de changer de comportements ou non. Cette intention peut être déterminée par la relation que le sujet a établie avec l'objet, l'émetteur, l'action de changer de comportement.

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

2.4 CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

2.4.1 De l'attitude au comportement

Le concept d'attitude restera l'un des grands concepts de la psychologie sociale américaine.

Thomas et Znaniecki (1910, 1920) définissaient la psychologie sociale comme l'étude scientifique des attitudes. Nous ne pouvons plus éviter les problèmes posés par les définitions du concept d'attitude. Pour tout le monde, le concept d'attitude implique un objet social (la peine de mort, le commerce international, les femmes, la sexualité, le VIH/ Sida, le préservatif, etc.) et un rapport de l'individu à cet objet social. Mais avant d'entrer effectivement dans les grands débats scientifiques suscités par le concept d'attitude, explorons tout d'abord son histoire.

2.4.1.1 Historique du concept d'attitude

La notion d'attitude est apparue d'abord en psychologie générale pour « expliquer les variations de réponse d'un sujet à un même stimulus lorsque l'attention de sa perception est attirée sur tel ou tel aspect ». (Mathieu et Thomas, 1995, p.393). Le concept a été repris en 1918 par des psychologues Thomas et Znaniecki, pour comprendre le phénomène d'intériorisation d'une culture par les membres d'une société. Pour ces auteurs, « *les conduites ne peuvent s'expliquer seulement en terme de besoins mais en référence aux objets et aux valeurs qui spécifient ces besoins* » (Thomas et Znaniecki (1910, 1920), cités par Maisonneuve, 1982, p.109). Ils relient

donc valeurs sociales et attitudes psychologiques et décrivent l'attitude comme « *un état d'esprit envers une valeur* » (Thomas et Znaniecki (1910, 1920), cités par Thomas et Alaphilippe, 1993, p.8). Dès lors, les travaux sur les attitudes vont prendre une place primordiale au sein de la psychologie.

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

2.4.1.2 Les composantes de l'attitude

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

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

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

En psychologie sociale, le concept d'attitude renferme une signification très précise qui en fait le concept central, et un des instruments essentiels du psychosociologue. L'attitude est donc directionnelle et sous-tend une intention d'une personne face à une autre personne ou à un objet ou, plus couramment, comme un sentiment positif ou négatif vis-à-vis d'un objet extérieur. Elle est aussi un affect associé à la représentation cognitive d'un objet ou, plus couramment comme un sentiment positif ou négatif vis-à-vis d'un objet ou d'une classe d'objets. L'attitude est perçue comme un état interne résultant de l'apprentissage ; persistante, elle exerce une influence directrice et dynamique sur la conduite. Aussi, faut-il présenter les composantes des attitudes des individus face aux maladies.

2.4.3 Les Composantes des attitudes face aux maladies

Les attitudes face aux maladies, c'est-à-dire la disposition ou l'état d'esprit dans lequel se trouve un individu face à la maladie ou encore l'état de préparation des individus face à leur comportement, comprennent aussi trois composantes :

* **La composante cognitive**, c'est-à-dire une connaissance, une croyance quelconque concernant la maladie. Nos idées, connaissances, croyance sur celle-ci et en occurrence sur ses mesures de prévention peuvent posséder plusieurs caractéristiques :

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

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

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

* **La composante affective**, c'est-à-dire l'attrait ou la répulsion que le sujet éprouve envers la maladie, les mesures de prévention et le comportement. Elle comprend les affects, les sentiments, les états d'humeur, les émotions qui surgissent lorsque l'individu est placé en face de

l'objet ou, simplement, pense à cet objet. L'objet d'attitude face au VIH/ Sida par exemple est un objet qui suscite du plaisir. Car, le problème du Sida est celui du comportement sexuel. La composante affective qui intervient dans l'élaboration des attitudes (préventives ou défensives) face au VIH/Sida ne devrait pas passer outre le fait que le plaisir procuré par l'activité sexuelle est important pour garantir l'équilibre corporel et psychologique du sujet.

Dans le cadre de notre étude, nous mettons un accent particulier sur les émotions et/ou les sentiments.

* Le terme « émotion » ou « sentiment » implique ordinairement une réaction somatique, comme par exemple une accélération des battements du cœur en présence d'un être aimé. Tout comme les idées, les connaissances et les croyances, les émotions possèdent des caractéristiques très importantes pour l'édification des attitudes :

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

2/ - Elles peuvent être intenses ou superficielles. On peut évidemment s'attendre à ce que nos attitudes face aux maladies aient plus d'influence sur notre vie et soient plus difficiles à modifier lorsqu'elles s'accompagnent d'émotions vives et profondes.

Le plaisir, la satisfaction qu'accompagne le comportement vis-à-vis de certaines maladies doivent être pour beaucoup dans la résistance à la persuasion et au changement de comportement chez les individus. Les personnes qui assouvissent pleinement la satisfaction seraient plus réfractaires au changement que les personnes insatisfaites. Il est vrai que cette affirmation peut être taxée d'erronée, mais il est aussi vrai que la procuration du plaisir réalisée pendant les comportements sexuels par exemple justifie la résistance à l'adoption de l'abstinence comme mode de prévention (Noumbissie, 2004).

Toutefois, pour clôturer cette partie sur la composante affective des attitudes, mentionnons que le plaisir y joue un rôle très déterminant. Le plaisir, précisons-le, fait référence à un état affectif positif qui se présente chez l'individu comme un sentiment de joie, de satisfaction et de contentement (Mehrabian, 1976). Baker, Levy et Grewal (1992) définissent le plaisir comme

étant le fait de se sentir bien dans un environnement. Le plaisir, par exemple, s'exprime dans les rapports sexuels par le sourire, la présence de chaleur dans la voix et par des expressions verbales positives. Le plaisir est instantanément reconnu par soi-même et par autrui. Selon Mehrabian et Russel (1974), les termes bipolaires de l'axe du plaisir sont heureux versus malheureux, réjoui versus contrarié, satisfait versus insatisfait, content versus mélancolique, plein d'espoir versus désespéré et détendu versus ennuyé. Selon qu'on appartienne à tel ou tel axe du plaisir, cette appartenance influe nos attitudes face au comportement. Certaines personnes, par exemple, pensent que le port du préservatif diminue le plaisir ; d'autres par contre pensent que le port du préservatif l'améliore, voire l'augmente. Cette situation peut générer port ou résistance selon notre appartenance polaire.

* **La composante conative**, c'est-à-dire non pas une action, mais une tendance à l'action. Elle correspond aux intentions ou aux décisions relatives à l'action et semble, a priori, liée aux deux autres dimensions. Il s'agit aussi des actions du sujet. Elle consiste en une disposition à agir de façon favorable ou défavorable vis-à-vis des maladies. Si l'attitude est favorable, l'individu sera tenté d'adopter des comportements préventifs comme l'abstinence, la fidélité ou l'usage permanent et correct du préservatif dans le cadre du VIH-Sida. Si par contre l'attitude est défavorable, l'individu s'opposerait aux sensibilisations relatives au VIH/Sida, et résisterait à l'adoption des comportements sexuels préventifs. Il faut aussi préciser que dans maints cas, et comme nous le verrons plus loin, l'action désirée ne sera pas toujours prise, à cause principalement des normes, contextes, variables intermédiaires qui peuvent détourner l'intention d'usage des messages de prévention face aux maladies à l'usage de comportements nouveaux. Avant d'y arriver, intéressons-nous tout d'abord à la structure des attitudes.

2.4.3 La structure des attitudes

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

2.4.3.1 La théorie de l'équilibre

Heider (1946) est le premier à formuler une théorie de la consistence cognitive : « *l'équilibre cognitif* ». D'après cette théorie, si une contradiction existe entre les jugements ou attentes d'une personne concernant un aspect de son environnement social et les implications des jugements ou

attentes relatives à d'autres aspects de cet environnement, on peut observer une modification des rapports entre les éléments de l'environnement ou encore une modification de la représentation que la personne s'en fait afin de restaurer l'équilibre. Selon Heider, les individus recherchent l'ordre, la symétrie et la cohérence entre les éléments de leur environnement. Si une contradiction apparaît, des forces tentent de restaurer l'équilibre soit en modifiant les rapports entre ces éléments, soit en modifiant la représentation que la personne s'en fait.

Heider considérait un objet x (qui, dans le cas de notre étude, peut être les maladies ou l'adoption des mesures préventives) et deux individus $P1$ et $P2$ (qui sont, dans le cas de notre étude, les populations cibles). Ces individus peuvent être d'après l'auteur, soit en relation d'attraction (+), soit en relation d'aversion (-), et peuvent avoir envers l'objet x , soit une attitude positive (+), soit une attitude négative (-). La théorie de Heider nous est indispensable parce qu'elle focalise la structure des attitudes sur l'affectivité et l'équilibre.

Cette situation est très préoccupante dans notre étude, dans la mesure où la communication se déroule entre des personnes qui éprouvent mutuellement ou non des sentiments et des affects. La qualité de la situation de communication peut influencer grandement sur la structure, la nature et le changement d'attitude chez les partenaires.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'il faut, pour comprendre comment se structurent les attitudes des individus face aux maladies, mettre en évidence la dynamique fonctionnelle qui existe entre l'objet (les maladies ou les mesures préventives) et la nature et le degré de relation affective qui existent entre les partenaires en situation de communication. Ce que nous voulons retenir dans cette approche heiderienne est que la mise en application des mesures préventives en situation de maladie ou non est conditionnée par la nature et le degré d'affect qui existe entre les partenaires qui communiquent.

Et que les pressions exercées par un partenaire sur l'autre peuvent susciter l'adoption ou changement d'attitude de celui-ci.

2.4.3.2 La théorie de la dissonance cognitive

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

La dissonance cognitive est une disharmonie, une incompatibilité. La dissonance cognitive est traduite comme l'état d'une personne en qui il existe des croyances, des opinions, des notions, bref des cognitions contraires ou incohérentes. Cette incohérence peut être une incohérence de

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

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

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

2.4.3.3 Les modèles de la structure attitudinale

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

2.4.3.3.1 Le modèle tripartite classique

Puisant aux vénérables sources de notre lointain héritage indo-européen, notamment dans la philosophie grecque (McGuire, 1985), ce modèle affirme que l'attitude est une disposition résultant de l'organisation de trois composantes : une composante cognitive, une composante affective, une composante comportementale (ou conative). Proposé par Rosenberg et Hovland (1960), ce modèle présente l'avantage de suffisamment distinguer les trois dimensions de façon à en permettre l'opérationnalisation.

Breckler (1984) a conduit des expérimentations pour évaluer les corrélations entre les trois composantes. Dans une des expériences, il a eu recours à diverses mesures de chacune des composantes de l'attitude chez des sujets en présence d'un serpent.

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

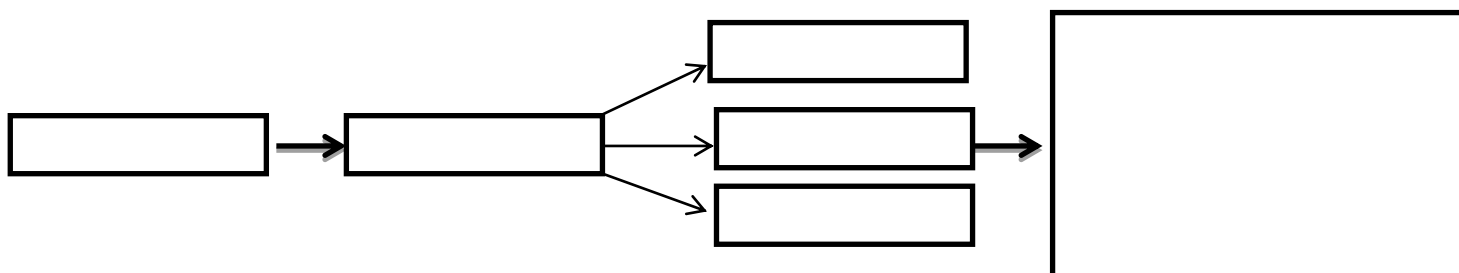


Figure 9: Modèle tripartite classique de l'attitude.
Source : Lafrenaye (1994).

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

2.4.3.3.2 Le modèle unidimensionnel classique

Le modèle unidimensionnel classique est le modèle d'attitude le plus courant. Il énonce que l'attitude représente la réponse évaluative (affect), défavorable ou favorable, à l'objet d'attitude. L'attitude constitue ainsi la réponse situant l'objet sur une position du continuum d'évaluation. Ce modèle dit « unidimensionnel » est sous-jacent à la majorité des échelles de mesure de l'attitude. De plus, comme nous l'avons vu un peu plus haut, les approches cognitives définissent aussi l'attitude comme un affect associé à la représentation mentale d'un objet comme le précisent Breckler et Wiggins (1989), Greenwald (1989). Ce modèle est illustré dans la figure suivante : Attitude (affect)

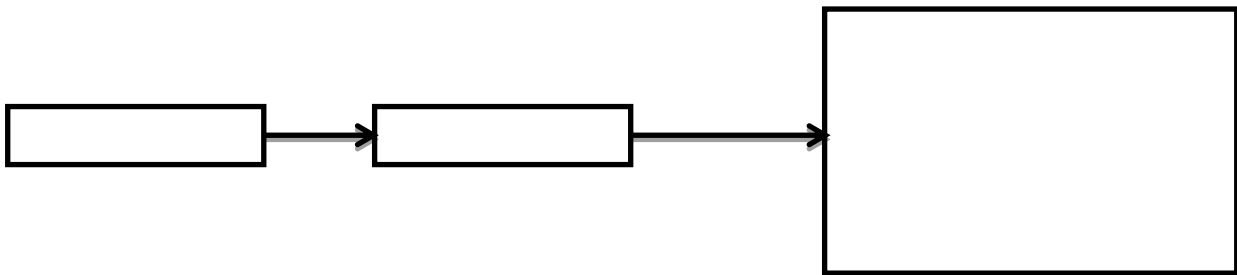


Figure 10: Modèle unidimensionnel classique de l'attitude.
Source : Lafrenaye (1994).

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

2.4.3.3 Le modèle tripartite révisé

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

On distingue ainsi l'attitude, qui consiste en un jugement « froid » sur ce qu'on aime ou déteste ; l'affect, qui fait référence à l'émotion ressentie ; les croyances, qui sont les conséquences négatives ou positives associées à l'objet ; et la structure cognitive d'anticipation de l'action.

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

Dans une étude plus récente, Zanna, Haddock et Esses (1990) ont utilisé ce modèle pour déterminer la contribution des composantes cognitive et affective dans la prédiction de l'attitude à l'égard des groupes minoritaires (américains, canadiens, français, pakistanais, homosexuels par exemple). Les résultats suggèrent que l'attitude-jugement (ou préjugé) repose plus sur une information cognitive (c'est-à-dire les stéréotypes) à l'égard de certains groupes, alors que la composante affective (soit l'intensité et la fréquence de diverses émotions ressenties) est plus saillante en présence d'autres minorités. Aussi, la mesure particulière de chacune des composantes de l'attitude permet une description plus précise.

Ce modèle présente une intéressante synthèse des modèles précédents et suggère des pistes stimulantes de recherche. Il nous semble bien indiqué pour nous renseigner sur l'élaboration et la structure des attitudes vis-à-vis des maladies parce qu'il tient compte non seulement des variables affective, cognitive, et conative, qui interviennent dans la construction des attitudes vis-à-vis de celles-là, mais aussi met un accent particulier sur les croyances, stéréotypes, jugements, les préjugés qui influencent d'une manière ou d'une autre la construction, l'édification, la structure desdites attitudes. La figure suivante en est une véritable illustration:

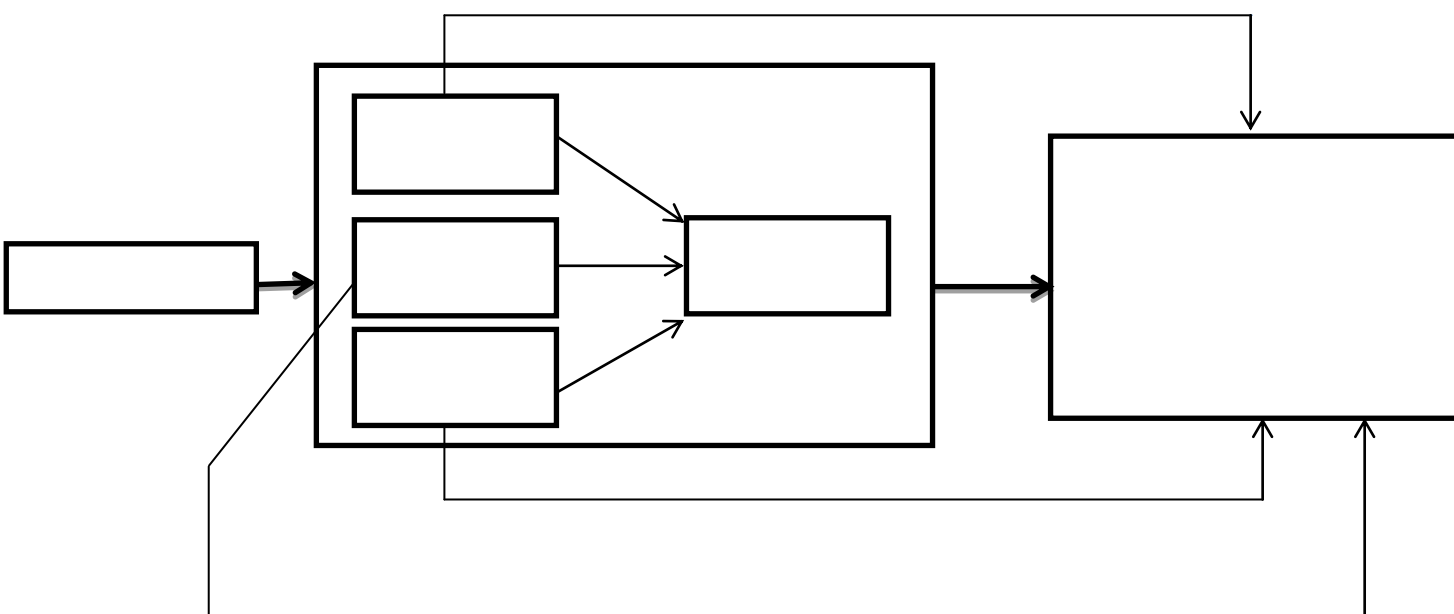


Figure 11: *Modèle tripartite révisé de l'attitude*

Source : Lafrenaye (1994).

Ce modèle, comme nous l'avons dit un peu plus haut, est celui que nous adoptons pour exposer la structure des attitudes des individus vis-à-vis des maladies. L'objet d'attitude, dans le cadre de notre étude, c'est la communication pour la santé qui peut être substitué par les messages de lutte contre les maladies.

Cet objet bien entendu suscite cognition, affect, évaluation et cognition qui, d'une manière ou d'une autre, ébranle les attitudes y afférentes. Aussi, faut-il s'intéresser à la formation et aux sources des attitudes.

2.4.4 La formation des attitudes

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

2.4.4.1 Les sources affectives de l'attitude vis-à-vis des maladies

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

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

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

2.4.4.2 Les sources comportementales de l'attitude vis-à-vis des maladies

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

Le comportement sexuel procure chez les individus le plaisir, le soulagement, la satisfaction, la relaxation, la motivation, ces éléments renforçateurs sont indispensables dans la structuration, l'édification et la formation des attitudes des individus vis-à-vis du VIH/Sida. La satisfaction, le plaisir, sont considérés dans notre étude comme des récompenses, ainsi la formation d'attitudes antisida serait plus probable que la formation des attitudes favorables vis-à-vis du Sida. Car l'abstinence sexuelle par exemple peut être vécue chez certains individus comme une punition. Il en est de même de la fidélité, de l'usage du condom qui ont des représentations parfois

négatives. Certaines personnes peuvent les considérer comme punition et les subir et vivre avec douleur ; ce qui peut générer des troubles de comportement.

Scott (1957) a démontré le processus d'association comportement-renforcement-attitude.

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

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

2.4.4.3 Les sources cognitives de l'attitude vis-à-vis des maladies

La formation de l'attitude par le biais des deux composantes affectives et comportementales a mis en lumière la façon dont un objet peut devenir associé à une étiquette affective.

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

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

peut aussi démontrer que des indices affectifs peuvent devenir associés à un objet par voie symbolique impliquant un traitement plus actif de l'information.

Le Sida, depuis le début de l'épidémie, a fait place à des rumeurs, des croyances, des perceptions, des représentations, des attributions causales, des cognitions, des interprétations qui régulent et contrôlent les conduites, attitudes et comportements sexuels face à l'épidémie. La définition que Fisher donne des représentations met en évidence tous les aspects du milieu qui modèlent et structurent les représentations, les croyances et attitudes construites autour d'un phénomène. En effet, il définit les représentations sociales comme la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et croyances partagées par un groupe et donnant lieu à une vision commune des choses qui se manifestent au cours des interactions sociales (Fisher, 1996). C'est en ce sens que Weber (1971) faisait des représentations sociales un cadre de référence et un vecteur de l'action des individus. Cette approche résolument cognitive considère d'abord qu'une représentation ou une croyance peut être formellement décrite en termes d'éléments et de relation. L'argument cognitiviste est que le comportement intelligent présuppose la faculté de représenter le monde d'une certaine façon, dans la mesure où la cognition consiste à agir sur la base de croyance et de représentation.

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

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

2.4.5 Les fonctions des attitudes

Pour Allport (1935), « les attitudes déterminent pour chaque individu ce qu'il verra et entendra, ce qu'il pensera et exécutera ». Les attitudes sont donc une sorte de « prêt-à-faire » nous aidant à trouver notre chemin dans un monde complexe. Dans leur formulation, Smith, Bruner et White (1956) assignent trois fonctions aux attitudes : adaptation sociale, extériorisation et évaluation de l'objet d'attitude. Quant à Katz (1960), il mentionne les quatre fonctions suivantes : connaissance, adaptation, défense du moi et expression des valeurs.

Nous commenterons brièvement la taxinomie de Katz. Cependant, grâce à la prépondérance de l'approche cognitive des dernières décennies, la fonction de connaissance bénéficiera d'une attention privilégiée et compte tenu du fait qu'elle soit une composante considérable des attitudes vis-à-vis des maladies.

2.4.5.1 La fonction de connaissance

Elle semble susciter une grande préoccupation de recherche (Fazio, 1989, Pratkanis et Greenwald, 1989). Nous avons signalé un peu plus haut que l'attitude sert de cadre interne de référence ; elle est une sorte d'échelle évaluatrice indiquant la latitude acceptable et la latitude inacceptable pour juger les stimuli associés à l'objet d'attitude et y réagir. Elles sont toutes bipolaires (négatives ou positives, favorables ou défavorables), et elles ont toujours une certaine intensité, qui peut aller de la haine à l'amour, de l'indifférence à la passion on peut donc les ordonner sur des échelles, voire les mesurer. Une telle procédure a son utilité, car elle constitue à la fois un moyen de connaissance et un moyen de communication et d'action.

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

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

Gerard et Orive (1987) font bien comprendre ce qu'il y a de particulier dans le rôle de connaissance de l'attitude vis-à-vis des objets nouveaux. Dans de telles situations, l'individu ressentirait un impérieux besoin de formation d'attitude puisqu'il ne dispose pas d'une attitude

toute prête. Dès lors, il s'efforcera de recueillir de l'information afin d'en arriver à l'impression de pouvoir réagir de façon non ambivalente vis-à-vis de l'objet.

Selon cette perspective, l'information première, et aussi la plus nécessaire, serait de type affectif (Zazonc, 1980). Selon Gérard et Orive (1987), le résultat de cette saisie émotionnelle rapide de l'objet constitue la détermination d'une orientation non équivoque vers l'action (*unequivocal behavioral orientation*) ou, une structuration cognitive achevée.

Nous constatons donc qu'une contribution majeure de l'attitude à nos connaissances, est d'encoder les affects « anti » et « pro » à l'égard d'objets nouveaux. Cette approche met en évidence la procédure de formation des attitudes chez les individus qui suivent pour la première fois des messages sur les maladies et leurs préventions.

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

2.4.5.2 La fonction d'adaptation

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

Selon Snyder et DeBono (1989), les personnes dont le trait de monitoring de soi est élevé ont tendance à adopter des attitudes dont la fonction dominante est l'adaptation sociale. Comme les sujets de monitoring élevé, disent-ils, sont très attentifs aux indices situationnels pour définir leur présentation sociale, ils préfèrent les annonces publicitaires qui présentent l'image sociale associée à l'utilisateur du produit, en revanche, les individus dont le trait est peu élevé prêtent plus attention aux annonces qui mettent en relief la qualité et les valeurs évoquées par le produit.

Dans le cas du Sida, par l'usage du préservatif, les promoteurs ont parfois mis en relief les idoles, les stars et les vedettes (football, showbises, basket-ball, artistes, comédiens et musiciens, leaders politiques, etc.). Cette situation n'a toujours pas solutionné et éradiqué le VIH/Sida.

Snyder et DeBono (1989) ont aussi mis en lumière le fait que les personnes de monitoring élevé sont plus réceptives aux messages mettant en scène des communicateurs attrayants de même qu'aux annonces publicitaires comportant des témoignages de vedettes, par contre, les communicateurs de forte crédibilité et les témoignages d'experts constituent le choix des gens de faibles monitorages. Encore faut-il faire une étude dans le cas du Sida. Toutefois, ce qui est pourtant vrai est que les promoteurs des mesures préventives et de la lutte contre les maladies ont parfois utilisé les vedettes, stars, leaders, idoles des adolescents pour faire passer les messages de prévention sur elles. Mais l'évolution des taux de prévalence montre que ces méthodes ne sont pas très efficaces. Toutefois, il faut préciser que les personnes dans la majorité des cas adoptent les attitudes et comportements des individus avec qui ils partagent le même cadre spatio-temporel. Le problème avec le Sida, par exemple, est qu'il n'y a de groupes de personnes qui se soient érigées en modèle.

2.4.5.3 La fonction d'expression

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

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

de possession symbolique (photos, lettres de proches...) et des attitudes axées sur des valeurs abstraites (amour, justice...).

2.4.5.4 La fonction de défense du soi

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

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

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

dans l'ancien. Rappelons également que l'attitude soumet les processus d'estimation, de jugement et de reconnaissance des données à une direction imposée par elle.

Notons aussi que l'attitude a une fonction énergétique ou tonique, cette fonction porte sur l'interrelation motivations - systèmes de valeurs. Il nous serait difficile de passer sous silence cette autre fonction des attitudes qui est celle de satisfaire au besoin d'appartenance à un groupe (Durandin, 1954, cité par Ebale Moneze, 2001, p.5). Ainsi, adopter une attitude spécifique au groupe, c'est en fait manifester soit son consentement à une ou certaines de ses normes, soit sa soumission audit groupe, pour le prestige ou la sécurité qu'il procure. Pour Moscovici (1986), « Les attitudes, d'une part, sont définies en tant que structures cognitives : des états d'esprit tournés vers les valeurs et des états de disponibilité organisés à travers l'expérience (...). D'autre part, les attitudes sont la colonne vertébrale de toutes les autres manifestations psychiques : perceptions, jugements et comportements » (Moscovici, 1986, cité par Ebale Moneze (2001, p.4)). Il pense également que l'attitude constitue « *un palier qui permet le passage de la réalité sociale à la réalité psychologique* » (Moscovici, 1961, p.266).

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

2.4.7 Attitude et comportement : symétrie et asymétrie

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

démontré que la relation attitude-comportement est souvent moins forte que ce que l'on avait cru autrefois.

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

Pourtant, sur le plan empirique, on retrouve des indices fiables de la validité prédictive de l'attitude au regard du comportement. Rajecki (1990) rapporte une analyse des sondages effectués par la firme Gallup de 1936 à 1984 relativement aux élections présidentielles américaines, soit 25 élections. L'écart moyen en pourcentage entre les résultats des sondages précédant immédiatement l'élection et les résultats lors des élections est de 2,1 points ; cet écart pour les cinq élections les plus récentes se rétrécit et atteint une marge de 1,2 point. Cette étude nous permet de conclure que l'attitude est indispensable pour prédire le comportement. C'est-à-dire que connaissant l'attitude, il est possible de prédire le comportement. Cette causalité linéaire entre attitude et comportement n'est pas vérifiée dans des situations où le comportement est entièrement influencé par des variables intermédiaires entre attitude et comportement. Parmi ces situations, nous pensons aux situations dans lesquelles se manifestent les comportements ou agissements. Le comportement du point de vue praxéologique suscite de nouvelles formations et élaborations attitudinales. C'est pourquoi il est facile de rencontrer des personnes qui ont des attitudes favorables vis-à-vis de la maladie et qui sur le plan pratique ont des comportements à risques voire non préventifs.

Bickman (1972) questionna des sujets sur leurs attitudes quant au ramassage de papiers traînant par terre : 94 % des participants déclarent avoir des attitudes positives à cet égard. Cependant, après l'entrevue, seuls 2% d'entre eux firent l'effort de ramasser un papier déposé

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

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

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

Nous savons très bien que selon Fishbein et Ajzen (1975), l'extension de ce cas constitue le principe de correspondance : les composantes prédictives du comportement (attitude ou

croyance, ou intention, etc.) et le comportement prédit devraient être mesurés à des niveaux correspondants de spécificité. L'application de ce principe requiert de préciser les niveaux de correspondance attitude – comportement à l'aide de quatre marqueurs : une action (utiliser les mesures préventives ou instruments de prévention), une cible (pour se protéger des maladies), une situation (en période de maladies) et le temps (pendant les trois prochains mois). À cette fin, Fishbein et Ajzen (1975) ont recensé 109 études qui rapportent les analyses de 142 relations attitude – comportement. Les résultats confirmèrent les avantages de l'application du principe de correspondance : les corrélations importantes attitude-comportement se retrouvaient parmi les recherches en accord avec le principe de correspondance. Cette conclusion fut aussi corroborée par les recherches les plus récentes d'Ajzen (1988). En conséquence, plus les quatre marqueurs de la mesure de l'attitude sont semblables aux marqueurs du comportement, plus la relation attitude – comportement sera solide. À la suite du principe de correspondance, nous allons nous intéresser au principe du comportement prototypique.

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

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

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

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

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

La conscience de soi est une caractéristique dispositionnelle à prêter attention au soi dans diverses situations, d'où des variations parfois chroniques des individus dans leurs styles d'attention vis-à-vis du soi. Elle assure de ce fait le processus de régulation du comportement, dans la mesure où l'individu centre son attention sur certains aspects saillants de soi. Les

dimensions privées et publiques de la conscience de soi permettent différentes prédictions de consistance entre les attitudes et le comportement. De façon plus particulière, la conscience de soi privée selon ces auteurs renvoie aux cognitions, attitudes et besoins intérieurs, les sujets dont le degré de conscience de soi privée est élevé révèlent une attention plus intense vis-à-vis de leurs dispositions à l'action.

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

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

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

les sujets à monitoring élevé. Toutefois, les résultats indiquèrent une forte consistance attitude – comportement chez les sujets qui étaient en même temps de faible variabilité comportementale et de monitoring peu élevé.

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

Cependant, ces auteurs, une fois de plus ne présentent pas ou n'expliquent pas clairement comment une attitude ayant un degré d'accessibilité très élevé n'arrive pas à prédire la conduite escomptée. Ces recherches nous permettent de comprendre comment se structurent les attitudes et combien ces dernières doivent être armées pour pouvoir prédire un comportement, une conduite. A la suite de ces travaux, nous comptons mettre en évidence les relations attitude et comportement, et justifier les clivages entre eux malgré les degrés d'accessibilité, de prédiction extrêmement favorables.

Dans la section sur la formation des attitudes, nous avons déjà abordé l'approche de Fishbein (1967) à partir du modèle de la composante croyance – évaluation de l'attitude. Plus tard, Fishbein et Ajzen (1975) ; Ajzen; Ajzen et Fishbein (1980) ont intégré cette composante dans un modèle élargi de prédiction du comportement : il s'agit de la théorie de l'action raisonnée. Cette théorie est aussi fondée sur le postulat selon lequel l'attitude dérive des croyances (raisons) et de l'information disponible, sans pour autant impliquer que les gens effectuent une analyse

systématique et judicieuse de toute cette information. Selon Fishbein (1980), la majorité des conduites sociales qui intéressent les spécialistes des sciences sociales relèvent d'un contrôle volontaire. Toutefois, le modèle de l'action raisonnée vise bien aussi la prédiction et l'explication de la plupart des comportements sociaux à l'aide d'un nombre limité de construits théoriques insérés dans une « chaîne causale » (Ajzen, 1989) de relations logiques.

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

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

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

À leur tour, l'attitude et les normes sont constituées de deux ensembles de croyances qui se mesurent séparément. Ainsi l'attitude est conceptualisée selon le modèle générique de la valeur de l'attente (*expectancy – value models*). À cet égard, l'attitude quant à l'accomplissement d'une action est fonction des attentes ou des croyances relatives aux résultats prévus de l'exécution du comportement ainsi que de la valeur accordée à ces conséquences. L'individu qui a la possibilité d'accomplir une action possède plusieurs croyances sur les conséquences que peut entraîner l'exécution de cette action. Ces croyances sont autant d'hypothèses sur la probabilité que telle

conséquence soit associée à l'action donnée. De plus, l'individu évalue qualitativement chacune de ces croyances en lui attribuant une valeur subjective, ce qui constitue l'évaluation. C'est donc la somme de toutes ces croyances, multipliées par leurs évaluations respectives, qui constitue l'attitude à l'égard de l'accomplissement d'une action donnée. Fishbein (1980) représente la relation multiplicative entre croyances et valeurs par l'équation suivante :

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

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

e_i = évaluation favorable ou défavorable de la conséquence i ;

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

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

$$\sum_{i=1}^n NB$$

Où : NS = norme subjective

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

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

n = nombre de personnes ou de groupes de référence.

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

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

Où : B = comportement manifeste;

I = intention comportementale;

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

NS = norme subjective ;

W₁ W₂ = pondérations déterminées de façon empirique.

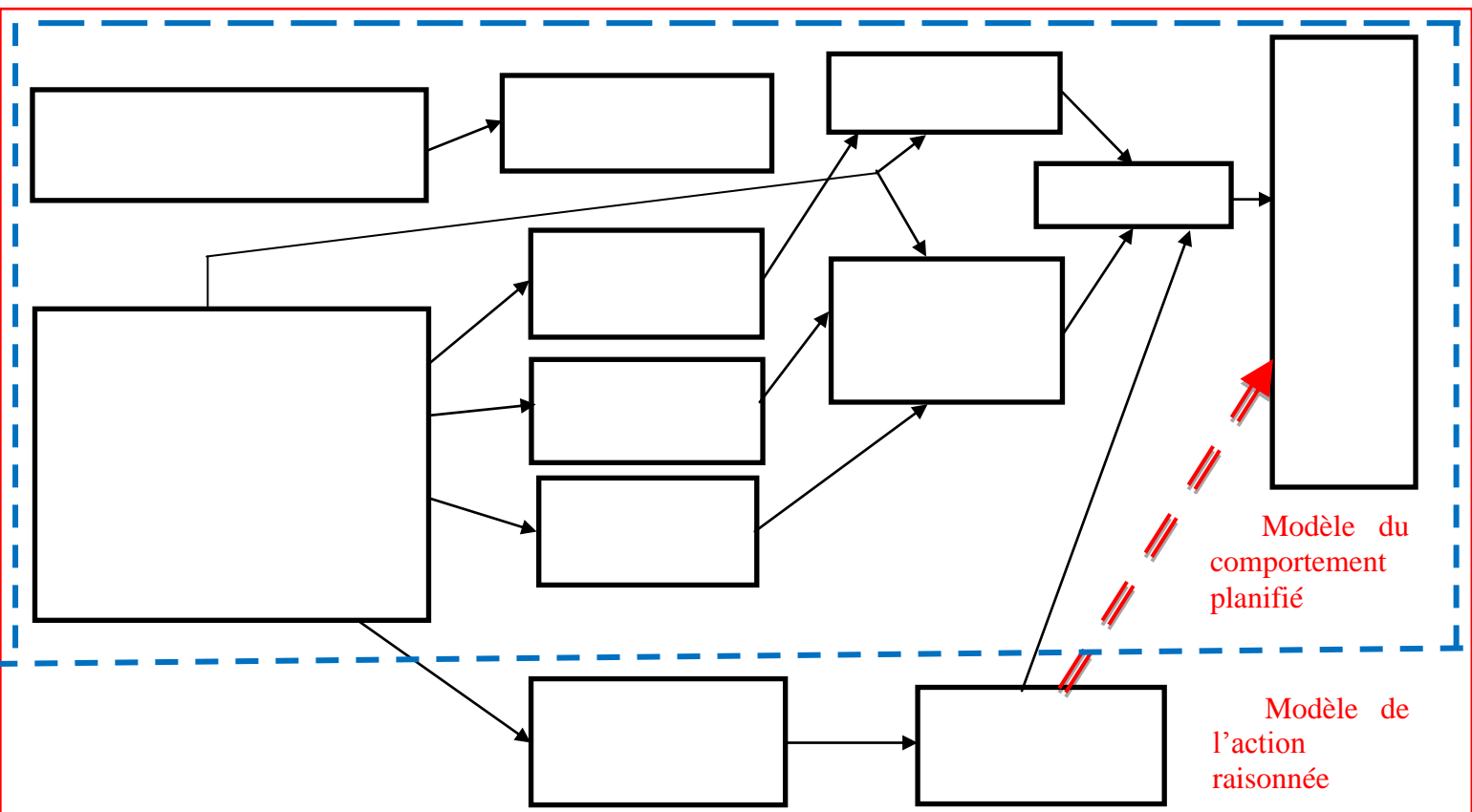
Pour Ajzen et Fishbein (1980), seules les composantes du modèle dites endogènes influent directement sur l'intention et, par le fait même, sur le comportement. Selon la théorie, l'intention comportementale est sous l'influence immédiate des composantes de l'attitude et de la norme subjective, qui, toutes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

De façon générale, l'intention d'effectuer un comportement sera en relation directe avec la sommation des produits des croyances, multipliées par leur évaluation, ainsi qu'avec la sommation des produits des croyances normatives (NB) multipliées par la motivation à s'y conformer. Toutefois, la théorie postule que l'importance relative des deux facteurs dépend de la nature du comportement cible. Par conséquent, pour certaines intentions, la composante de l'attitude ou de la norme sera prédominante ; dans d'autres situations, les deux composantes

peuvent contribuer à la production de l'intention de façon égale. La valeur explicative de la théorie est augmentée par la possibilité d'assigner empiriquement des pondérations (coefficients de régression) aux deux déterminants de l'intention.

Certaines variables extérieures au modèle peuvent également influencer sur l'intention d'agir mais de façon indirecte, par le biais des autres composantes du modèle. Ces variables agissent sur l'intention et sur le comportement par l'effet qu'elles exercent sur les croyances, sur l'évaluation des conséquences, sur les croyances normatives, sur la motivation à se soumettre et sur le poids relatif des composantes de l'attitude et de la norme subjective

(W1 et W2). Cette aptitude des facteurs prédictifs endogènes du modèle à médier les effets de variables externes constitue le postulat de suffisance. Parmi ces variables externes se retrouvent des traits de personnalité, des données sociodémographiques (sexe, âge, éducation), le comportement antérieur ou l'habitude. La figure ci-dessous illustre la configuration des composantes du modèle de l'action raisonnée.



A : Adapté de Fishbein et Ajzen (1975)

B : Adapté d'Ajzen (1987)

Figure 12: Synthèse du modèle de l'action raisonnée et du modèle du comportement planifié.

Une récente méta-analyse sur 87 études (Sheppard, Hartwick et Warshaw, 1988) démontre que de nombreuses recherches empiriques ont confirmé la robustesse du modèle de Fishbein et Ajzen. En fait, plus, il y a correspondance entre l'intention et le comportement pour ce qui est de

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

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

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

Ce facteur, comme nous l'avons présenté un peu plus haut est le contrôle comportement perçu. Il reflète l'expérience passée, les obstacles et les barrières ressenties face à la réalisation de l'action cible. En conséquence, plus l'attitude et la norme subjective seront favorables à un comportement et plus grande sera l'impression de contrôle quant à ce même comportement, plus l'intention d'agir sera forte. Il s'avère donc que le comportement soit prédit par l'intention. Mais

la question reste, toutefois, celle de savoir : Quel rôle peut exercer le facteur du contrôle perçu, en particulier, si cette impression de contrôle s'avérait irréaliste ?

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

Nous constatons que malgré sa nouveauté, la théorie du comportement planifié suscite plusieurs questions. Les résultats de ces recherches indiquent une augmentation du pourcentage d'explication de l'intention d'agir ; par contre, les résultats sont plus mitigés au regard du comportement. Toutefois, une autre recherche portant sur l'obtention d'une bonne mention (note A) chez les étudiants démontre clairement l'efficacité de la théorie du comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986), en fonction tant de l'intention que de la conduite. Bref, le premier bilan concernant la théorie du comportement planifié est encourageant, mais, comme le soulignent Fishbein et Stasson (1990), le concept du contrôle comportemental perçu devra être opérationnalisé avec plus de précision avant que sa contribution définitive soit évaluée. Taylor et Todd (1995) affirment que les intentions sont les meilleurs déterminants directs de l'adoption d'une innovation ou d'une technologie. Mentionnons aussi qu'en 1987, Lepper et Malone rapportent que plusieurs recherches sur l'interaction ordinateur/utilisateur indiquent que la raison fondamentale pour laquelle les individus trouvent les jeux d'ordinateur très attirants et captivants est le sentiment de contrôle que ces jeux offrent aux usagers. Ce sentiment de contrôle provient de l'équilibre que l'individu trouve entre les défis de l'interaction et ses compétences personnelles. En effet, si les défis sont supérieurs aux compétences, alors l'individu aura le sentiment de perdre le contrôle de la situation.

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

le plaisir et la dominance. Toutefois, son impact sur la stimulation est négatif. Enfin, le besoin de précision n'a aucune influence significative sur les dimensions de l'émotion.

Nous avons déjà évoqué la difficulté de vérifier la relation entre attitude et comportement. Toutefois, la validité prédictive de la relation attitude-comportement reste incertaine et varie en fonction du comportement prédit, des circonstances, du temps et des traits de chaque individu. En effet, un individu peut par exemple très bien développer une attitude favorable, voire très favorable envers le préservatif sans que ceci n'entraîne pour autant son usage occasionnel ou régulier. En réunissant ces différents apports dans l'explication de la relation attitude-comportement, nous comprenons la difficulté théorique et méthodologique qu'ont les auteurs à pouvoir expliquer le comportement par l'attitude ou l'attitude par le comportement. La relation prédictive entre attitude et comportements demeure flexible et complexe. Il est toujours très difficile de prédire un comportement.

Cette situation peut être due au caractère imprévisible de l'être humain qui est, selon l'appellation scientifique, un « système ouvert ». Cette ouverture de l'individu le soumet dans une gestion permanente de variables qui précèdent la production d'un comportement. Ces variables que nous avons nommées « variables intermédiaires », peuvent changer radicalement la position psychologique d'un individu vis-à-vis d'une situation et entraîner la manifestation d'un comportement contre attitudinal. De même, les auteurs qui ont tenté d'explorer la relation attitude-comportement sont conscients que leurs modèles théoriques souffrent de la flexibilité et de la complexité de l'être humain. Nous n'avons pas la prétention de résoudre ce problème qui est un réel obstacle pour l'épanouissement et la pertinence des études y relatives. Nous pensons que nos résultats apporteront un pan nouveau dans l'adoucissement de cette complexité et ouvriront de nouvelles pages de recherches en communication pour le développement. Le poids de l'attitude dans la détermination du comportement peut être variable, selon que l'attitude est ou non mentalement accessible au moment de l'acte. Ce phénomène est courant dans la détermination des attitudes des individus vis-à-vis des maladies. Cette réalité acquise qu'est l'attitude joue un rôle de médiation entre les facteurs internes et les facteurs externes sans toutefois se réduire aux uns et aux autres. Elle n'est pas d'emblée un comportement, elle est un organisateur de comportement et une conduite symbolique préparant l'action par anticipation, elle permet également d'orienter et de soutenir le comportement. Dans le cadre de notre étude, nous considérons l'attitude dans sa dimension prédictive, c'est-à-dire comme intention d'agir et nous restons fidèles aux principes fondamentaux de la théorie du comportement planifié d'Ajzen et Fishbein, que nous allons critiquer et corriger afin de l'adapter à l'essence scientifique de notre modèle théorique pour mieux expliquer la résistance au changement de comportement chez

les individus. Toutefois, avant d'y parvenir, attardons-nous un instant sur le concept de comportement dont la complexité n'est plus à vérifier.

2.4.8 Comportement comme action

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

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

manière où d'une autre à ces trois présupposés, étant donné que le fait de mettre en application les mesures de prévention en situation de maladies relève lui aussi de l'intention et n'est pas un comportement réflexe mais plutôt une action.

2.4.9 De l'intention au comportement

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

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

Selon la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1980), le comportement résulte de trois facteurs, soit l'intention d'adopter le comportement, l'habitude et la présence de conditions facilitant ou empêchant l'adoption du comportement. L'intention est l'expression de la motivation à adopter le comportement alors que l'habitude est le degré d'automatisme d'un comportement dans une situation donnée. Les conditions facilitant ou empêchant l'adoption du comportement incluent des circonstances qui rendent plus ou moins difficile l'adoption du comportement chez un individu.

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

affective est la réponse émotionnelle d'une personne à la pensée d'adopter un comportement donné.

Par exemple, une personne pourrait décider de ne pas consentir au port du préservatif parce que cette pensée susciterait trop d'anxiété chez elle. Il s'agit par exemple des personnes qui ont des perceptions et représentations défavorables du préservatif et celles qui ont des problèmes psychosomatiques (impuissance) suscité par le préservatif ou le port du préservatif. Les croyances normatives sont celles d'un individu concernant les chances qu'une personne significative pense qu'il devrait adopter ou non le comportement. La croyance en l'existence de rôles sociaux désigne le degré auquel une personne perçoit qu'il est approprié de réaliser le comportement pour des individus occupant une position similaire à la sienne dans la structure sociale. Les convictions personnelles (variables qui réfèrent au concept de normes morales dans la littérature anglophone) mesurent le sentiment d'obligation personnelle quant à l'adoption du comportement. Ce facteur se réfère aux règles de conduites personnelles ou, en d'autres termes est en accord ou non avec ses principes. De plus, les convictions personnelles se distinguent de la croyance normative. Elles ne dépendent pas de la perception de ce que pensent les autres, mais plutôt des principes personnels en regard du comportement, dans la mesure où une personne valorise la vie, par exemple, elle sera davantage encline à porter un préservatif. Mais dans les sociétés africaines où la vie reste un réel calvaire pour certains, il est difficile qu'ils la valorisent et par conséquent ils n'adoptent pas les comportements préventifs.

Plusieurs auteurs à l'instar d'Armitage et Conner (2001), Sheeran (2002), Godin et Kok (1996) ont démontré que la relation intention-comportement était influencée par certaines variables dites modératrices. En conséquence, des personnes endossant fortement ou non l'une ou l'autre de ses variables modératrices présentent une relation intention comportement plus ou moins forte. La connaissance de cet effet permet donc d'ajuster les stratégies d'information subséquentes de manière appropriée.

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

L'intention dans cette étude est abordée comme représentation d'un but, contenu d'une pensée, d'une croyance, d'un désir ou encore contenu de la conscience intellectuelle. Le cadre

conceptuel de cette étude est celui de Fishbein et Ajzen (1975), Ajzen (1991) selon lequel les individus prennent en considération les implications de leurs actions avant de s'engager dans un comportement donné. Non seulement parce que ce modèle a été l'un des modèles psychosociologiques prédominant dans la prédiction des comportements dans des contextes spécifiques, mais également car nous avons l'intuition que l'intention a une influence à ne pas négliger sur la mise en pratique des recommandations sanitaires.

D'autre part, les études sur le terrain s'accordent sur le caractère positif de la relation intention-comportement. Certes, le rôle de l'intention ne peut s'avérer suffisant dans la prédiction du comportement, toutefois, la relation intention comportement nous permet d'approcher l'objet de notre recherche et de poser la problématique de l'influence des variables intermédiaire (la langue locale) sur l'adoption de comportements nouveaux. Nous définissons l'intention également comme la volonté consciente chez l'individu de se protéger contre les maladies mortelles et dangereuses.

2.4.9.1 Le changement de comportement sexuel

Le changement du comportement au niveau individuel et celui des normes au niveau de la communauté demande un effort spécial. L'expérience suggère toutefois que les gens changent leur comportement quand on les rend capable de le faire grâce à la connaissance, aux aptitudes et à l'encouragement qui leur sont prodigués par les programmes de prévention des maladies. Le comportement est l'ensemble de réactions observables consécutives à une situation. Il dépend à la fois de l'individu et du milieu. De ce fait, l'individu à tout moment est capable de donner des réponses aux stimulations internes et externes relatives à ses penchants.

Le comportement n'est pas une donnée immuable. Il varie en fonction des événements, des situations, des stimulations et des variables intermédiaires. D'une manière générale, pour qu'il y ait changement de comportement il faut qu'il y ait une situation de crise, une persuasion, une pression sociale qui nécessitent le changement comme c'est le cas du comportement sexuel à haut risque. Cette situation de crise s'explique par des messages persuasifs concernant l'impact du VIH/Sida sur les vies humaines. Dans cette optique, le changement de comportement se présente comme la solution appropriée face au phénomène ambiant. Dans le cas du changement de comportement sexuel, la question fondamentale qu'il faut se poser est celle de savoir : « *quand faut-il agir et comment changer le comportement sexuel ?* ». Pour répondre à cette question, le groupe d'appui au projet de l'université (*University's Project Support Group-PSG*) recommande dans une étude menée en 1997 tout d'abord d'orienter les questions traitées vers la connaissance sexuelle, les attitudes, les croyances et les pratiques qui sont influencées par une variété de facteurs sociaux culturels et économiques. Le PSG insiste sur l'importance des

réseaux sociaux informels particulièrement dans l'accroissement de l'usage des préservatifs. Les études montrent que les réseaux sociaux informels, faits d'amis, de membres de famille et de gens de confiance qui ont changé leurs habitudes sexuelles peuvent être des exemples persuasifs. Ainsi, le PSG insiste sur le rôle des pairs éducateurs.

En Côte d'Ivoire, également, les ONG, les comités et programmes Nationaux de Lutte contre les maladies et les Synergies Africaines contre le Sida et les souffrances, ont également mis un accent particulier sur les pairs éducateurs. Les approches sont véritablement participatives puisque les populations sont mises devant le défi de se confronter, de se poser des questions, de développer leur propre réponse et de créer un consensus normatif concernant leurs habitudes.

Notre problématique ne s'érige pas contre cette approche qui est salutaire, mais, elle veut montrer qu'il peut exister un clivage entre l'usage des langues locales et la prévention, l'intention d'agir et l'action. Les individus peuvent avoir des attitudes favorables au changement de comportement et ne pas changer.

Il y a une absence de prédiction du concept d'attitude sur le comportement. Pour comprendre l'absence de cette prédictibilité, Fishbein et Ajzen (1975) se sont tournés vers le décalage entre la mesure des comportements spécifiques et celle des attitudes générales. Ces derniers ont montré par exemple, que dans la plupart des études, les chercheurs tentaient de prédire des comportements spécifiques, c'est-à-dire très précis, à partir de la simple connaissance d'attitudes générales (Cercle et Somat, 1999). Ces auteurs considèrent en effet, qu'un comportement ponctuel et spécifique est un faible indicateur d'attitude générale ; celle-ci ne pourrait correspondre qu'à une classe de comportements. Ils ont alors proposé la construction d'indices comportementaux généraux susceptibles d'être révélateurs des attitudes générales possédées par les individus. L'usage des langues locales dans le processus de la communication pour la santé publique peut induire le changement de comportement chez les individus sachant uniquement s'exprimer dans celles-là.

2.4.9.2 La résistance au changement de comportement face aux maladies

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

Il est vrai que nous n'avons pas fait des études pour voir qu'elle a été la psychose créée chez les populations par l'alerte au VIH/Sida par exemple. Ce que nous voudrions dire, est que le comportement reste marqué d'une complexité et d'une flexibilité qui rendent extrêmement difficiles les études.

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

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

Pour un changement de comportement durable, ces stades doivent être transcendés par le sujet afin d'aboutir à un changement de comportement.

La communication persuasive est synonyme de changement, pense Montmollin (1984). Mais pour que cette communication aboutisse au changement escompté, il convient de répondre à un certain nombre de questions que Hovland, Janis et Kelley (1953) ont énoncées comme suit : « *qui, dit quoi, à qui, comment, avec quels effets ?* ». Chacune de ces questions renvoie respectivement aux éléments du processus communicationnel (émetteur, message, récepteur, canal), le but de la communication persuasive étant de parvenir à la compréhension, l'appropriation et l'usage du message. Ce processus aboutit le plus souvent à un changement de comportement. Mais Mc Guire (1969) précise que, « pour qu'une communication persuasive atteigne son objectif, elle doit susciter au sein de la population cible une information ayant une incidence sur les processus comportementaux ». Dans le cas contraire, elle peut générer la résistance.

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

* **L'émetteur** : l'identité de l'émetteur peut crédibiliser le message. Il est à noter que ce n'est pas la crédibilité en tant que telle qui importe, mais la crédibilité attribuée à l'émetteur par le récepteur. La source d'émission est un élément primordial dans le processus de changement. Pour Somat et Cerclé (1999), il s'agit de la personne ou du représentant de la personne qui tente, à l'aide d'un message, d'amener son interlocuteur à changer. Hovland et Weiss (1951) pensent

que ces sources ne peuvent atteindre leurs objectifs que si elles sont crédibles. Ils mettent en évidence la relation existant entre crédibilité et persuasion. Ils concluent que le message a plus d'impact s'il provient d'une source qui est perçue comme supérieure en savoir, en instruction, en intelligence, en réussite professionnelle, etc.

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

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

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

.* **Le récepteur**: les caractéristiques du récepteur (l'éducation, l'intelligence, l'image de soi, les dispositions biophysiques et psychosexuelles) semblent indispensables pour comprendre la résistance au changement de comportement. Par exemple, plus un récepteur est expert, plus il est capable de bien comprendre les arguments persuasifs de l'émetteur, mais moins il est disposé à y

céder. Il s'ensuit que les sujets les plus influençables seraient les sujets aux caractéristiques moyennes, suffisantes pour comprendre, mais pour aussi résister. Si le récepteur est motivé et s'il est suffisamment compétent, alors il s'engage pour le changement.

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

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

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

Chapitre III : APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES ET OPÉRATOIRES

3.1 MÉTHODES DE RECHERCHE EN SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (SIC)

En communication, comme dans les sciences sociales en général, différentes méthodes de recherche sont utilisées de recherche. Nous les pouvons répartir en trois groupes : les méthodes expérimentales, les méthodes non expérimentales et les méthodes dites secondaires ou historiques.

La méthode expérimentale ou devis expérimental est celle qui peut se faire en laboratoire ou milieu naturel et se caractérise principalement par la manipulation d'une variable indépendante étudiée chez divers individus ou groupes. En communication, on parle de *focus group*. C'est-à-dire un ou plusieurs groupes homogènes d'humain sont formés et avec qui l'on échange autour des thèmes spécifiques à l'étude menée afin d'observer ou de dégager les causes liées à un comportement donnée.

Lorsqu'on veut rechercher la causalité entre deux variables ou simplement la corrélation, on fait alors appel au devis corrélationnel ou méthode corrélationnelle. Dans ce cas-ci, aucune variable n'est manipulée par l'expérimentateur. Il s'agit d'une méthode descriptive et non expérimentale. Dans les cas où, par exemple, pour les raisons d'éthique, il n'est pas possible de recréer certaines conditions en laboratoire ou d'effectuer des expériences sur certains groupes de personnes, on peut faire appel à d'autres types de méthodes non expérimentales comme les enquêtes, les entretiens, les simulations ou les jeux de rôle.

Les méthodes dites secondaires ou historiques comme l'étude de cas, l'analyse de contenu, l'analyse archivistique ou la méta-analyse (synthèse de plusieurs études) sont également utilisées dans la recherche en communication.

3.2 PRÉSENTATION ET JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE RETENUE

L'enquête est un des instruments les plus largement utilisés. Il est difficile de parler de l'enquête en général, non seulement parce qu'il en existe différents types, mais surtout parce que sa pratique exige le recours à différentes techniques, qui soulèvent chacune des questions spécifiques : méthodes de sondage, entretiens libres, échelles d'attitudes, analyse de contenu, analyse statistique, etc. Il n'y a donc pas de « théories des enquêtes », mais un ensemble de questions théoriques, épistémologiques, méthodologiques très divers comme le précisaient Ghiglione et Matalon (2004).

Réaliser une enquête, c'est interroger un certain nombre d'individus en vue d'une généralisation. Etant donné qu'il s'agit avant tout d'interrogation, l'enquête se distingue à la fois de l'observation, où l'intervention du chercheur essaie d'être minimale, et de l'expérimentation, où le chercheur, au contraire, crée et contrôle la situation dont il a besoin.

Ensuite, prenant comme unité d'observation, et donc d'analyse, des individus, l'enquête se distingue des différentes méthodes scientifiques qui portent directement sur des unités plus vastes. Enfin, il s'agit d'interrogations en vue d'une généralisation : ce ne sont pas les individus dans ce qu'ils ont de personnel qui nous intéressent, comme c'est le cas dans un entretien - diagnostique ou un entretien d'embauche, mais la possibilité de tirer de ce qu'ils disent des conclusions plus larges. Une enquête consiste donc à susciter un ensemble de discours individuels, à les interpréter et à les généraliser. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Ghiglione et Matalon (2004, p.15) la définissaient comme « une interrogation particulière portée sur une situation comprenant des individus et ce, dans un but de généralisation ». Cette interrogation est à but de vérification d'une hypothèse ou d'un corps axiomatique dont l'hypothèse est le produit. L'enquête consiste à interroger des gens et à susciter des réponses aux questions ou de manière plus précise à « recueillir des données verbales auprès de groupes ou échantillons de sujets choisis en fonction d'objectifs précis, dans le but de décrire et d'analyser une situation particulière »(Moser, 1998, p. 257).

L'enquête est aujourd'hui un des instruments privilégiés de la recherche en sciences sociales, dans la mesure où l'enquête apparaît effectivement dans certaines conditions (la communication pour la santé) comme le seul moyen d'obtenir certaines informations.

Egalement, le recours à l'interrogation est nécessaire chaque fois que l'on a besoin d'informations sur une grande variété de comportements d'un même sujet, comportement dont

l'observation directe, même si elle était possible, demanderait de temps, ou serait complètement impossible parce qu'il s'agit du passé.

On recourt encore à l'enquête lorsque l'observation directe de certains comportements supposerait une véritable intimité souvent pratiquement impossible et inacceptable d'un point de vue déontologique. Il ne reste alors qu'à se contenter des descriptions, des récits, que les sujets enquêtés voudront bien faire en réponse à nos questions. On est obligé de recourir également à l'interrogation pour saisir des phénomènes tels que les attitudes, les intentions, les opinions, les préférences, les représentations, etc., qui ne sont pratiquement accessibles que par le langage, et qui ne s'expriment spontanément que rarement.

Dans une étude qui porte sur le déroulement de la communication dans la santé publique, les représentations de la maladie, l'attitude face à la maladie, la résistance au changement de comportements, le recours à l'enquête s'avère impératif. C'est la raison pour laquelle nous portons notre dévolu sur l'enquête. Par ailleurs, l'enquête est une technique relativement simple à appliquer et apparaît nécessaire chaque fois que ce qui nous intéresse ne relève pas de mécanismes de portée générale, mais de phénomènes tels qu'ils se produisent à un moment donné, avec toute leur complexité.

Également pour cette étude, nous avons eu recours à l'entretien ou l'entrevue. Paul N'DA (2015) définit l'entretien ou l'entrevue ou encore l'interview en ces termes : « *C'est un échange au cours duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions, ses interprétations, ses expériences, tandis que le chercheur, par ses questions ouvertes et ses réactions, facilite cette expression, évite que celui-ci s'éloigne des objectifs de la recherche*⁵⁰. ». Ceci étant dit, il convient de préciser que les entretiens sont classés par rapport aux démarches adoptées. Nous avons : l'entretien libre ou l'interview non structurée ; l'interview dynamique ou l'interview en profondeur ; l'entretien centré ou focused interview ; l'entretien semi-directif ou semi-dirigé ; l'entretien dirigé ou l'interview structurée. Dans notre étude, l'entretien semi-dirigé ou semi-directif fut utilisé pour recueillir des données également.

3.3 RAPPEL DE L'OBJET D'ÉTUDE

L'éducation ou la communication pour la santé dans les langues locales des communautés cibles, de sorte à accroître les connaissances et partant d'impulser des changements véritables de comportements de ces communautés en matière de santé est notre principal centre d'intérêt. Notre étude tente de décrire, d'identifier, d'explorer les facteurs susceptibles de conduire les populations des zones rurales s'exprimant en langues locales et peu ou pas alphabétisées à un comportement anti-attitudinal en matière de santé publique. Les attitudes selon Ajzen et Fishbein

⁵⁰ Paul N'DA, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines, réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, Harmattan, 275 p, Paris, 2015.

sont des catalyseurs du comportement. La faible utilisation des langues locales dans la production et la diffusion des messages de lutte contre les maladies à l'endroit des populations des zones rurales dans la production de certains comportements génère la résistance à l'adoption de comportements nouveaux de la part de cette population.

Notre étude pose que les langues locales influencent la communication pour la santé publique dans les zones rurales. Ces populations ne comprennent pas le français et donc les informations sanitaires à elles donner en langue française s'avèrent impuissantes dans la réalisation de certains comportements humains à l'instar de l'utilisation des mesures de protection contre les piqûres de moustiques à l'origine du paludisme et bien d'autres mesures.

La description du comportement de façon générale représente une difficulté méthodologique particulière, car elle exige de passer d'un discours qualitatif, qui rend compte spontanément de la continuité de ce que fait un individu d'une manière que l'on pourrait qualifier d'« analogique », à une traduction quantitative de type « digital ». La « digitalisation » du comportement va constituer tout d'abord, pour le chercheur (observateur), en l'élaboration d'un répertoire de formes motrices ou « *praxèmes* » adaptés à la finesse qu'il veut donner à sa recherche.

Notre étude porte sur les langues locales dans la communication pour la santé publique et changement de comportements. Elle explore les mécanismes de construction et de réalisation des intentions de changement ou non de comportements. Elle accorde une attention particulière aux variables qui justifieraient l'asymétrie entre la compréhension des messages de santé et la mise en œuvre des comportements souhaités.

3.4.LES HYPOTHÈSES ET LEURS VARIABLES

Notre problématique de recherche s'inscrit dans la veine des études qui s'intéressent à la faiblesse de l'intention dans la production de l'action. Elle postule l'existence de variables intermédiaires entre l'intention et l'action. Pour se prononcer sur sa véracité, nous avons formulé une hypothèse générale et des hypothèses de recherche que nous présenterons dans cette partie.

3.4.1 L'hypothèse générale et ses variables

D'après Mace et Petry (2000, p.43), l'hypothèse générale est le « *pivot ou l'assise centrale* » d'un travail scientifique.

3.4.1.1 L'hypothèse générale

Notre hypothèse générale est la réponse anticipée à notre question de recherche formulée initialement comme suit : *comment à partir des langues locales ivoiriennes, on pourrait apporter des solutions aux différents problèmes de la santé publique ?*

Nous formulons notre hypothèse générale (HG) en réponse à cette question de recherche comme suit : *les langues locales ont une influence sur les populations qui ont en partage ces langues à*

savoir le Wê et le Dan (Yacouba) dans la diffusion des messages dans la communication pour la santé publique. Cette hypothèse générale comporte deux variables : l'usage des langues locales dans la diffusion des informations sanitaires et la compréhension des messages de la part des populations (le changement effectif ou non des comportements).

3.4.1.2 Les variables de l'Hypothèse générale

Une variable est une valeur changeante, qu'il s'agisse de la caractéristique d'un objet, d'un individu ou d'un fait. Elle doit comporter au moins deux valeurs. Notre hypothèse générale est constituée de deux variables :

- *la variable indépendante* : « l'usage des langues locales dans la diffusion des informations sanitaires » constitue la variable que nous allons manipuler. Elle est selon Parot et Richelle (1996), celle que l'on modifie à volonté. Dans cette variable, nous allons distinguer les termes favorables, les expressions défavorables à la compréhension des messages sanitaires.

- *la variable dépendante* : « la compréhension des messages de la part des populations » est celle que nous allons observer. Nous allons distinguer la compréhension des messages suscitant un changement effectif ou non des comportements dans l'adoption des mesures de prévention de la part des populations.

3.4.2 Les indicateurs des variables

Un indicateur est un indice, un signe apparent qui atteste l'existence d'une variable qu'elle soit dépendante ou indépendante. En d'autres termes, l'indicateur est un signifiant qui renvoie à un signifié qui est soit la variable dépendante, soit la variable indépendante.

3.4.2.1 Les indicateurs de la variable indépendante

Dans le cadre de notre recherche, nous manipulons deux types de variables : une variable principale : l'intention et une variable secondaire : les variables intermédiaires.

Notre variable indépendante principale (VIp) a comme indicateurs certains niveaux de l'intention vis-à-vis du port du préservatif. Ainsi, les indicateurs de notre VIp sont :

- les ressources des langues locales favorable vis-à-vis de la compréhension des messages de santé ;
- les ressources des langues locales défavorables vis-à-vis de la compréhension des messages de santé.

3.4.2.2 Les indicateurs de la variable dépendante

La variable dépendante : « la compréhension des messages de la part des populations (le changement effectif ou non des comportements) » est la variable étudiée (observée) ; elle est liée à celle que nous venons d'évoquer. C'est un comportement qui reflète l'influence de la variable indépendante. Elle est donc l'effet qui découle de la manipulation de la variable indépendante.

- les indicateurs de notre variable dépendante renvoient au comportement préventif produit, manifesté, réalisé par les populations rurales dans la lutte contre les maladies dans ces zones. Dans cet esprit, on peut en distinguer deux : *adoption des mesures de prévention contre les maladies* ;
- la non-adoption des mesures de prévention contre les maladies.

Après avoir présenté l'hypothèse générale et ses variables, mentionnons que dans sa forme actuelle, elle ne peut directement être soumise aux exigences de la vérification ; ceci n'est possible qu'en l'éclatant en plusieurs hypothèses concrètes, plus opérationnelles.

3.5 LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE ET LEURS VARIABLES

L'hypothèse générale peut être subdivisée en hypothèses de recherche. Les hypothèses de recherche (HR) sont plus précises et permettent au chercheur de procéder à la vérification, de tirer des conclusions sur l'hypothèse générale. Nous rejoignons ainsi les préoccupations de Robert (1982) qui pense que l'hypothèse générale est infuse, elle sert à guider tout de même, une réflexion plus approfondie. À la lumière de de cette définition, nous avons formulé nos hypothèses de recherche. Ces hypothèses sont les suivantes :

HR 1 : l'accessibilité des messages, les informations véhiculées en français touchent un public restreint ce qui conduit les personnes ne comprenant pas et ne parlant pas la langue française à la réalisation (production, manifestation) de comportements non adaptés ou non voulus.

Variable Indépendante : l'accessibilité des messages, les informations.

Variable Dépendante : la réalisation de comportements non adaptés ou non voulus.

HR 2 : il existe dans les langues locales africaines en général et celles de la Côte d'Ivoire en particulier à l'instar de Wê et Dan des terminologies des maladies qui doivent être utilisées à-propos dans la communication pour la santé publique ce qui conduit à une meilleure compréhension des messages sur les maladies.

Variable Indépendante : l'existence de terminologies des maladies dans les langues locales.

Variable Dépendante : une meilleure compréhension des messages sur les maladies.

HR 3 : la délivrance des messages de santé ne tient pas compte des caractéristiques et croyances des individus ce qui conduit au rejet des mesures de prévention contre les maladies.

Variable Indépendante : croyances, les us et coutumes des populations.

Variable Dépendante : le rejet des mesures de prévention contre les maladies.

Le tableau ci-dessous résume au mieux toutes les hypothèses de recherche et leurs variables.

Hypothèse de Recherche (HR)	Variable Indépendante (VI)	Variable Dépendante (VD)
<p>HR 1 : l'accessibilité des messages, les informations véhiculées en français touchent un public restreint ce qui conduit les personnes ne comprenant pas et ne parlant pas la langue française à la réalisation (production, manifestation) de comportements non adaptés ou non voulus.</p>	<p>accessibilité des messages, les informations.</p>	<p>réalisation de comportements non adaptés ou non voulus.</p>
<p>HR 2 : il existe dans les langues locales africaines en général et celles de la Côte d'Ivoire en particulier à l'instar de Wê et Dan des terminologies des maladies qui doivent être utilisées à-propos dans la communication pour la santé publique ce qui conduit à une meilleure compréhension des messages sur les maladies.</p>	<p>existence de terminologies des maladies dans les langues locales.</p>	<p>meilleure compréhension des messages sur les maladies.</p>
<p>HR 3 : la délivrance des messages de santé ne tient pas compte des caractéristiques et croyances des individus ce qui conduit au rejet</p>	<p>croyances, les us et coutumes des populations.</p>	<p>rejet des mesures de prévention contre les</p>

des mesures de prévention contre les maladies.		maladies.
--	--	-----------

Tableau 1 : De correspondance de l'analyse des variables, des hypothèses de recherche

3.6 INSTRUMENTS DE MESURE

Les sciences sociales utilisent plusieurs types d'instruments dans le recueil des informations au rang desquels : les entretiens, le questionnaire, etc. L'emploi de chacun de ces instruments varie suivant l'objet de la recherche et le type de sujet à examiner. D'après Jakobi (1993, p.345), le questionnaire et l'interview sont les principales techniques de recueil d'informations de l'enquête.

3.6.1 Présentation et justification des types d'instruments retenus

Le chercheur doit se rassurer que l'instrument de collecte des données qu'il se propose d'utiliser lui permet de mesurer ce qu'il prétend mesurer. C'est en ce sens que Charles repris par Grawitz (1970, p.603) déclare qu' « *on étudie le fond de la mer avec une sonde. Si celle-ci ramène de la vase c'est que le fond est vaseux. Si elle ramène de la boue, c'est que le fond est boueux. Si elle ne ramène rien c'est que la ficelle est trop courte* ». Le questionnaire étant l'instrument par excellence de collecte des données en psychologie sociale, notre choix s'est porté sur lui. Cependant, ce choix n'a pas été arbitraire.

3.6.1.1 Le questionnaire

Pour Delhomme et Meyer (2003, p.197), le questionnaire est la technique la plus coutumière dans les recherches en sciences sociales. Le questionnaire est une suite de questions standardisées destinées à planifier et à faciliter le recueil de témoignages verbaux. Chaque participant ou chaque groupe de participants, répond à la même question.

Les réponses sont pour la plupart contraintes par un format de réponses fixé d'avance (échelles, choix entre plusieurs alternatives, classements, etc.). Le questionnaire s'impose d'abord pour ses vertus pragmatiques comme la rapidité d'administration et l'accès quasi immédiat aux calculs. Il sert diverses méthodes d'acquisition de connaissances à titre de mesure principale ou secondaire. Premièrement, c'est l'outil principal, voire unique de l'investigation comme dans les enquêtes et l'expérimentation utilisant des échelles d'attitudes ou de personnalité. Deuxièmement, le questionnaire est un outil complémentaire pour enrichir avec des témoignages verbaux une investigation principale fondée souvent sur l'observation de comportements. Toutefois, avant de choisir d'utiliser un questionnaire à un titre ou à un autre, il est nécessaire de s'interroger pour savoir s'il va permettre d'atteindre les objectifs de la recherche que l'on s'est fixés.

Le questionnaire correspond par excellence, à la phase quantitative d'une enquête. Il comporte une série de questions ouvertes ou fermées. C'est un outil qui est prescrit chaque fois que l'objet d'étude est cerné et précis. Le questionnaire, contrairement à l'entretien, nous permet de recueillir les informations sur le terrain pendant une durée moins longue.

En plus, il nous offre un instrument facile à manipuler et de moindre coût sans nécessiter des appareils d'enregistrement.

Le questionnaire est réservé aux domaines bien circonscrits, concernant des faits ou des opinions ne relevant pas de problèmes, d'attitudes ou d'opinions ambiguës ou complexes. En tant qu'outil d'enquête standardisé dans la forme des questions et le plus souvent préformé dans les réponses, le questionnaire restreint considérablement le choix des réponses et donc le type d'informations recueillies. Son intérêt est dans la consultation d'un grand nombre de participants. Il permet aisément les traitements statistiques. Il est également important de préciser tout comme Eymard (2003, p.139) qu' « un questionnaire n'a pas pour but de renseigner sur ce que les gens font, mais plutôt sur ce qu'ils déclarent faire ou sur ce qu'ils pensent faire ». C'est un outil qui appréhende la perception des participants sur leur faire et non le faire directement. Si vous vous intéressez à ce que font les participants, préférez-lui l'observation directe (Eymard, 2003). C'est une nuance importante, et qui n'a rien à voir, avec la confiance que le chercheur ou l'enquêteur donne au participant en ce qui concerne « la sincérité de ses réponses » (Grawitz, 1993). Le questionnaire, rappelons-le, n'a pas seulement des avantages, il a aussi des inconvénients.

Le questionnaire écrit ne donne aucune garantie que c'est la personne visée et elle seule qui y a répondu, sauf si l'enquêteur est présent lors de la passation. De même en ce qui concerne la spontanéité, le questionnaire n'est pas l'outil le plus performant. Le répondant a la possibilité de lire l'ensemble du questionnaire avant de se lancer dans les réponses.

Il peut aussi prendre le temps qu'il souhaite pour chaque question. Certaines personnes répondront en quinze minutes ou moins, d'autres le feront en plus de quinze minutes ou sur plusieurs jours. Si vous souhaitez cependant obtenir des réponses spontanées, il vous reste à organiser des modalités de passation qui y seront favorables : temps délimité et présence de l'enquêteur. À une question complexe ou gênante, l'enquêté peut ne pas répondre ou le faire de façon vague ou biaisée. Se pose alors le problème des non-réponses à une question.

3.6.1.2 La construction du questionnaire

La construction d'un questionnaire et la formulation des questions constituent une phase cruciale dans le déroulement d'une enquête (Eymard, 2003). Toute erreur ou maladresse ou ambiguïté se répercute sur l'ensemble des opérations ultérieures et sur les conclusions de l'étude. La mauvaise préparation expose au risque de construire un questionnaire qui n'appréhende pas la totalité du phénomène étudié. Le critère essentiel d'une « bonne question » est de susciter une réponse

contenant l'information recherchée. L'objectif qui guide la formulation des items est de permettre au participant de faire part de « sa » réponse. La construction du questionnaire de notre étude a en grande partie respecté les prescriptions méthodologiques ci-dessus.

Le questionnaire que nous avons utilisé dans ce travail contourne tous ces obstacles et se plie aux exigences et recommandations scientifiques requises. Le questionnaire a servi à recueillir les réponses auprès des hommes et femmes sachant parler le Wè et le Yacouba et résidant dans les zones de l'étude. Il est subdivisé de la manière suivante :

- Caractéristiques sociodémographique des enquêtés,
- Savoir, croyances et pratiques des populations à l'égard des maladies,
- Attitudes et comportements des populations,
- Forces, faiblesses et opportunités des langues locales,
- Exposition aux médias.

3.6.1.3 La validité du questionnaire

La validité d'un questionnaire est selon Contandriopoulos *et al.* (1990), la capacité à mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer. Elle est aussi définie comme la qualité d'un instrument qui mesure réellement ce qu'il prétend mesurer (Fortin, 1996). À la lumière de ces définitions, nous pouvons approuver la validité de notre instrument dans la mesure où toutes les variables annoncées sur la théorie du comportement planifié d'Ajzen ont été retenues pour construire cet instrument. En outre, cet instrument s'inspire du modèle construit par le théoricien principal de la théorie. Il est important de mentionner que ces précisions relèvent de la validité du contenu de l'instrument. Il est aussi nécessaire de statuer sur la validité interne et externe du questionnaire.

La validité interne d'un instrument, d'une manière générale, est la correspondance entre les questions posées et les variables et hypothèses de recherche de l'étude. Dans toutes nos hypothèses, nous avons annoncé l'intention comme variable indépendante principale.

Sur le plan théorique, l'intention est corrélative aux attitudes, aux normes subjectives et au contrôle comportemental perçu. Dans la construction de notre questionnaire, nous avons accordé un intérêt principal à cette corrélation et à la correspondance entre les questions posées et les variables retenues.

La validité externe, quant à elle, est la relation entre les questions et le niveau de compréhension des enquêtés. En d'autres termes, les participants ont-ils les facultés et aptitudes requises pour apporter effectivement les réponses attendues ? Pour vérifier cette correspondance, nous avons fait un pré-test et avons compris que les élèves des classes terminales avaient des aptitudes importantes pour apporter des réponses objectives et fiables aux questions.

3.6.1.4 Le pré-test du questionnaire

Pour Ghiglione et Matalon (2004), lorsqu'une première version du questionnaire est rédigée, c'est-à-dire, lorsque la formulation de toutes les questions et l'ordre de celles-ci est fixé, à titre provisoire, il est impératif de s'assurer que le questionnaire est bien appréciable et qu'il répond effectivement aux problèmes que pose le chercheur. Pour cela, une série de vérifications empiriques est nécessaire. Il s'agit donc d'essayer sur un échantillon réduit l'instrument prévu pour l'enquête.

Lorsqu'il s'agit de connaître les pensées, les connaissances, la perception, la représentation et les attitudes des hommes, le pré-test devient une épreuve délicate et difficile. Grawitz (2001, p.52) précise qu'« *alors que les questionnaires tentent de déceler ou prévoir les attitudes, les échelles, instruments plus rigoureux, veulent surtout les mesurer* ». Comme dans le cas du questionnaire, le pré-test, ici, consiste à le construire et à le faire passer à quelques sujets afin de l'ajuster.

Nous avons tout d'abord construit un premier instrument de collecte des données comportant des questions ouvertes et des questions fermées. Le mardi 26 juillet 2016, aux populations Wè (Wôbé) et Dan (Yacouba) résidant dans la commune de Yopougon plus précisément dans le sous-quartier de Gesco (au nombre de 86) nous l'avons testé. C'est alors que nous nous sommes rendu compte que certaines questions, dans leur formulation étaient difficilement compréhensibles par notre échantillon. Il n'était pas apte à apporter des réponses objectives à nos questions, dans la mesure où certaines de leurs réponses n'avaient aucun rapport avec l'objet de notre étude. Nous avons aussi constaté qu'ils (les éléments de notre échantillon) étaient pour la plupart coupés des réalités de leur région d'origine. C'est la raison pour laquelle nous avons administré le questionnaire corrigé une semaine après (le mardi 02 août 2016) aux personnes fraîchement revenues des zones de notre enquête afin que celles-ci nous apportent des réponses objectives et intéressantes.

3.6.1.5 L'entretien semi-directif

La seconde technique d'investigation utilisée est l'entretien semi-directif. À l'aide d'un guide d'entretien, cela nous a permis de recueillir les informations nécessaires sur l'objet de notre étude. Il s'est déroulé auprès des prestataires de soins d'une part et des autorités coutumières, des sages (hommes et femmes), des jeunes et des alphabétiseurs en langues locales le Wè (Wôbé) et Dan (Yacouba) d'autre part.

Avec les prestataires de soins, notre entretien a tourné autour des thèmes suivants :

- profil linguistique et culturel de ces derniers,
- niveau de maîtrise de ou des langues locales de leur lieu de travail,
- accueil,
- consultation,
- compréhension,

- continuité,
- observance,
- identification de ces derniers.

Avec les leaders communautaires, les sages, les groupes de femmes et de jeunes et les alphabétiseurs en langues Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé), nos entretiens se sont déroulés dans les langues locales Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) et ont tourné autour des thèmes suivants :

- savoirs sur les problèmes de santé,
- perceptions sur les maladies,
- prise en charge des malades,
- communication,
- terminologie des maladies en langues Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba),
- identification.

3.7 PRÉSENTATION DES SITES DE LA RECHERCHE

Notre étude a pour cadre les départements de Kouibly, Facobly et Danané.

3.7.1 Le département de Kouibly

Située à l'ouest de la Côte d'Ivoire, plus précisément dans la région du Guémon, Cette localité est chef-lieu de commune, de sous-préfecture et de département. La ville de Kouibly est limitée par :

- le village de Siebly au nord,
- le village de Sedazo au sud (village appartenant au département de Bangolo et qui sert de frontière entre ses deux départements),
- le village Tobly à l'est,
- le village Batiébly à l'ouest.

À l'instar des villes de la région de l'ouest du pays, le présent à Kouibly est accidenté. Le climat de montagnes couvre cette localité et il est composé de deux saisons à savoir : la saison des pluies (mai à octobre) et la saison sèche (novembre à février). La végétation est composée de forêts classées et de forêts denses.

Le département de Kouibly est très enclavé. Cette localité ne possède pas de voies bitumées à l'intérieur tout comme à l'extérieur de la ville. Le réseau routier du département est en très mauvais état. L'état des bâtisses que l'on rencontre dans ce gros village est tout aussi dégradé donnant de la ville une image de villes de l'antiquité grecque.

Cette localité n'est point visitée par le développement dans la mesure où les seuls bâtiments administratifs sont ceux de la sous-préfecture (abritant aussi la préfecture), les services de la mairie, les services de la gendarmerie, du cantonnement des eaux et forêts et u détachement du

bataillon de sécurisation de l'ouest ; il n'est pas loisible de rencontrer des structures bancaires qu'elles soient publiques ou privées.

La population de Kouibly est cosmopolite et à forte dominance d'allogènes et allochtones. Les autochtones sont retranchés dans le quartier-village nommé Bahibly où l'on trouve l'hôpital général. Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2014) estime la population de cette localité à 116 608 habitants. L'ethnie majoritaire est le Wê (Wôbé). À côté ce peuple, il y a les malinké, les sénoufo et une forte population burkinabé (mossi).

Les religions les plus pratiquées sont le catholicisme, les églises évangéliques et l'islam.

Le département de Kouibly comprend quatre sous-préfectures : Kouibly, Nidrou, Totrodrou et Ouyably-Gnondrou. L'économie de ce département repose essentiellement sur l'agriculture.

3.7.2 Le département de Facobly

Facobly est une localité située à l'ouest de la Côte d'Ivoire dans la région du Guémon à 25 km de Man (Chef-lieu de la région du Tonkpi). Érigée en commune de plein exercice en 1985 puis en département en 2013 par un décret pris en conseil des ministres, ce département comprend cinq (5) sous-préfectures dont quatre sont fonctionnelles : Facobly, Guezon, Tiény-siably et Semian, celle de Koua n'est pas encore fonctionnelle. Cette localité comprend un canton nommé Peomé divisé en quatre (4) tribus à savoir Glaho, Saho, Pleho et Zo.

Les seuls bâtiments administratifs sont ceux de la préfecture, de la sous-préfecture, de la gendarmerie, des services de la poste de Côte d'Ivoire et les locaux du centre de santé urbain. Le réseau routier est presque inexistant dans cette ville et les pistes sont en mauvais état par manque d'entretien. La seule voie bitumée est la voie principale qui part de la ville de Man et se termine juste devant la sous-préfecture de Facobly. La population de Facobly s'élève à 76 507 habitants. L'économie de Facobly repose sur l'agriculture et le petit commerce. Ce département est dirigé par le préfet DIANÉ Bassinima.

Au total, ces villes (Kouibly et Facobly) représentent les lieux de provenance des Wôbé disséminés partout sur l'étendue du territoire ivoirien. Au niveau géographique, les Wê occupent l'ouest du territoire national ivoirien. C'est une région essentiellement montagneuse qu'ils partagent par endroits avec les Dan. Les Wê couvrent les sous-préfectures de Kouibly, Facobly, Toulepleu, Bloléquin, Guiglo, Duékoué et Bangolo. Cet espace est aujourd'hui organisé en deux régions : le Moyen-Cavally et le Guémon.

3.7.3 Le département de Danané

Ce département est situé dans la région du Tonkpi. Il est limité par :

- le département de Sipilou au nord,
- le département de Zouan-Hounien au sud,

- les départements de Man et de Bangolo à l'est,
- les républiques du Libéria et de la Guinée à l'ouest.

Danané fut érigée en sous-préfecture en 1959 puis en département le 09 Juin 1969.

Le relief que l'on rencontre dans cette localité est accidenté avec une succession de dômes dont les altitudes varient entre 200 et 600 m. quant au climat, c'est celui des montagnes composé de deux (2) saisons à savoir une longue saison de pluies (mai à octobre) et une saison sèche (novembre à février).

La végétation est composée de forêts denses et de forêts classées : forêt classée de Tiapleu (28 000 ha), du mont Nieton (11 000 ha), du mont Momi (10 500 ha) et de la réserve naturelle intégrale du mont Nimba. Au plan hydrographique, le département est traversé par le fleuve Cavally, la rivière BAN et de nombreux cours d'eaux secondaires.

La population de Danané est estimée à 267 148 habitants (RGPH 2014) pour une superficie de 3580 km². Dans le département vivent principalement les Dan (Yacouba), à côté de ce peuple, on a les malinké ; les Wê (Wôbé et guéré) ; les sénoufo et les ressortissants de la sous-région (Guinéens, Maliens, Sénégalais, Burkinabé, etc.).

Au plan religieux, le catholicisme, les églises évangéliques et l'islam sont les religions les plus pratiquées.

Sept (7) sous-préfectures composent le département. Six (6) sont fonctionnelles : Danané, Mahapleu, Kouan-Houlé, Daleu, Séileu, Gbon-Houyé et Zonneu (non fonctionnelle).

La ville est parcourue par un réseau routier de 89 km de routes bitumées et 1129 km de pistes. Ce réseau est fortement dégradé rendant les déplacements périlleux.

L'économie du département repose principalement sur l'agriculture (cacao, café, le palmier à huile, cola et hévéa, riz, banane plantain, le manioc et l'arachide) ; l'élevage ; la pêche ; le commerce et l'industrie (la scierie THANRY).

Les services existants dans la ville sont les services de l'administration et les services extérieurs (les directions départementales des ministères).

Monsieur BLÉ Pépé Joseph, secrétaire général de préfecture assure l'intérim du Préfet décédé.

3.8 POPULATION, ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON DE BASE

Le choix de la population à étudier et l'identification de l'échantillon des participants sur lesquels portera l'observation sont déterminants dans la qualité d'une étude (Eymard, 2003). Toute recherche porte précisément sur une population donnée. C'est la raison pour laquelle, une enquête a toujours pour but d'obtenir de l'information sur une population spécifique, précise.

3.8.1 La population

La population totale, encore appelée théorique ou parente, est constituée de l'ensemble des personnes dont l'enquête ou la recherche prétend rendre compte. Le choix de la population d'une étude est imposé par la nature de l'information à recueillir. Les membres de ladite population doivent être à même d'apporter des réponses pertinentes et objectives aux questions du chercheur. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir (Champagne et *al.*, 1994). La population à laquelle nous nous intéressons est celles des Wè et Yacouba vivant dans les départements de Danané, Facobly et Kouibly.

L'ouest montagneux ivoirien peuplé par les ethnies Dan, Toura et Wè représente une région stratégique de par sa situation géographique, sociolinguistique et aussi par le fait qu'il constitue l'un des futurs pôles de développement économique du pays. Cette position de site stratégique aux multiples potentialités confère à cette zone un statut et un traitement particulier de la part des décideurs nationaux et internationaux. Cependant, lorsque les gouvernants et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dénombrent pêle-mêle les différentes maladies qui ont secouées la zone ouest ou qui continuent, à ce jour, de retarder ce milieu dans sa marche vers la modernité et le progrès, ils restent effrayés. Il s'agit:

- du paludisme,
- de la lèpre,
- du goitre,
- de l'onchocercose,
- de la fistule obstétricale,
- de l'ulcère de buruli, etc.

Ces pathologies dont les degrés de gravité sont connus, provoquent dans la plupart des cas la mort des patients, privent la région de sa population active capable de contribuer efficacement à son développement et à l'amélioration des conditions de vie des communautés et des ménages.

3.8.2 La technique d'échantillonnage : plan d'échantillonnage aléatoire simple.

En pratique, on ne considère que très rarement l'ensemble des participants qui composent une population. Administrer le questionnaire à tous les membres d'une population serait une situation idéale en termes d'informations. Mais cela présente souvent des contraintes, notamment de coût et de temps. L'usage est donc de ne considérer qu'une partie des membres appartenant à cette population. Ce sous-ensemble est appelé *échantillon*.

L'échantillonnage est le processus qui permet d'extraire ce sous-ensemble. Il permet au chercheur d'estimer des caractéristiques d'une population en observant directement une partie de l'ensemble de la population.

Il existe généralement deux catégories de techniques d'échantillonnage : l'échantillonnage non-probabiliste et l'échantillonnage probabiliste. La différence entre ces deux catégories tient à une hypothèse de base au sujet de la nature de la population étudiée. Dans le cas de l'échantillonnage probabiliste, chaque unité a une chance d'être sélectionnée. Dans le cas de l'échantillonnage non-probabiliste, on suppose que la distribution des caractéristiques à l'intérieur de la population est égale. C'est ce qui fait que le chercheur croit que n'importe quel échantillon serait représentatif et que les résultats, par conséquent, seront exacts.

Pour notre étude, il est possible que les deux catégories nous apportent des résultats identiques, dans la mesure où les études sur le port du préservatif, face au VIH/Sida, montrent que l'utilisation du préservatif n'est pas influencée par des variables telles que le sexe, la tranche d'âge, le milieu physique, le niveau d'étude, le type d'établissement, le type d'enseignement etc. De même, la proximité à un établissement scolaire n'entraîne pas automatiquement sa fréquentation. C'est ce qui justifie l'étonnante mobilité des élèves dans la ville de Yaoundé en période de cours. Dans les établissements de la ville de Yaoundé, on rencontre des élèves provenant des horizons divers (des différents arrondissements). En choisissant un seul arrondissement, il était possible que ce dernier soit représentatif.

Toutefois, pour l'échantillonnage probabiliste, la randomisation est une caractéristique du processus de sélection, plutôt qu'une hypothèse au sujet de la structure de la population.

De même l'échantillonnage probabiliste entraîne la sélection d'un échantillon à partir d'une population, sélection qui repose exclusivement sur le hasard (aléatoire) ou la chance ; ce qui n'est pas le cas dans l'échantillonnage non-probabiliste. Nous avons voulu que tous les individus parlant ces deux langues et vivant dans leur aire géographique respective susmentionnée, indépendamment de leurs différences (religions, aptitudes scolaires, sexe, etc.) aient une chance d'être choisis. Pour que l'étude non seulement soit représentative mais aussi ne souffre d'aucun jugement discriminatif. C'est pourquoi nous avons opté pour un échantillonnage aléatoire simple.

3.8.3 Détermination de la taille de l'échantillon

La détermination de la taille de l'échantillon à constituer est un facteur crucial. Le nombre de personnes interrogées doit satisfaire à deux contraintes : être assez précis dans l'estimation de la population parente, si c'est à celle-ci qu'on s'intéresse ; être capable de donner des informations fiables en tenant compte des caractéristiques auxquelles on s'intéresse. D'une manière générale, l'échantillon doit être assez grand pour que les résultats soient suffisamment précis.

La population de notre étude est constituée des personnes qui vivent dans les départements de Danané, Kouibly et Facobly. Les résultats du recensement général de la population ivoirienne effectué en 2015 donnent les chiffres suivants :

	Danané	Facobly	Kouibly	
Homme	142 517	41 707	63 923	
Femme	124 631	38 800	52 685	
Total	267 148	80 507	116 608	464 263

Tableau 2 : Chiffres issus du recensement général de la population ivoirienne en 2015 (I.N.S)

Dans le cadre de la réalisation de notre étude, nous aurons à interroger une petite partie de la population totale qui s'élève à **464 263 habitants**. De celle-ci, il faut extraire un échantillon représentatif de sorte à ce que les composantes essentielles de la population de référence figurent dans l'échantillon, dans des proportions identiques. En clair, la détermination de la taille de l'échantillon doit être soigneusement menée car elle a une grande importance sur la précision des estimations réalisées.

Nous estimons, dans les villes à visiter, la proportion (p) de la population s'exprimant moins ou pas en langue française que dans les langues locales à 50% ; le seuil de confiance (s) est de 95% (5% de risque de nous tromper soit 1 sur 20) ; une marge d'erreur (e) souhaitée de 5%. Ainsi, par la technique de l'échantillon aléatoire simple, la taille de l'échantillon (n) est alors de **384**. Donc en terme de fiabilité, cela signifie qu'avec cet échantillon, on a 95% de chance qu'un résultat qui vaut 50% est sûr à + ou - 5 %, c'est-à-dire qu'il est compris entre 45% et 55%. En d'autres termes, seul 5% de l'échantillon sera en dehors de cet intervalle 45% - 55%.

Nous allons ensuite répartir cet échantillon sur l'ensemble des villes où nous devons mener cette étude soit $384 / 3 = 128$ **personnes à interroger par ville**.

Les personnes qui constituent cet échantillon répondent aux caractéristiques de notre population parente et non aux caractéristiques personnelles, dans la mesure où nous avons inféré statistiquement à notre population cible un caractère homogène en ce qui concerne le choix de l'échantillon.

Ceci signifie en d'autres termes que nous ne tenons pas compte au moment du tirage des caractéristiques personnelles des participants. Tout individu Wè et/ou Dan pouvant donner son avis sur le sujet de notre étude au moment de l'enquête peut être interrogé sans aucune considération.

3.8.4 L'enquête définitive et ses difficultés

L'instrument étant revu et corrigé après le pré-test, l'échantillon sélectionné de la population cible étant également connu, il ne restait plus qu'à procéder à l'administration définitive du questionnaire dans les zones de Kouibly, Facobly et Danané. Cette phase de recherche n'est point déroulée sans grandes difficultés.

3.8.4.1 L'administration du questionnaire

L'administration du questionnaire, comme l'affirment Ghiglione et Matalon (2004), peut se dérouler, soit au domicile du participant, soit dans les lieux publics. Dans cette recherche, nous

avons penché pour la première option. Nous nous sommes intéressés aux personnes qui s'expriment uniquement en langues locales (Wê et Dan) et qui vivent de façon permanente dans les zones rurales de nos enquêtes. Nous les avons rencontrés dans leurs domiciles et derrière leurs étals pour les femmes qui pratiquent le commerce.

Ce choix ne s'est pas fait au hasard. Notre problématique porte sur la résistance au changement de comportement chez des personnes s'exprimant qu'en langue locale (Wê et Dan) qui ont préalablement été sensibilisées dans la langue française allant dans le sens du changement par l'adoption des comportements prescrits dans le cadre de la prévention contre les maladies. Sur la réalisation ou la non réalisation des comportements souhaités en matière de santé.

Nous avons opté pour le porte à porte pour rencontrer nos enquêtés car cette option garantissait également l'objectivité dans les réponses de nos populations. Pendant l'enquête, nous avons administré notre questionnaire aux personnes présentes lors de l'administration. Ceux qui étaient sortis, absents, s'ils ne rentraient pas avant la fin de la passation du questionnaire, n'avaient aucune chance de le remplir.

Avant de circuler dans les différents ménages des localités visitées, nous nous sommes signalés ou faire connaître auprès des autorités administratives et coutumières de Danané, Facobly et Kouibly. Nous leur avons remis un exemplaire du questionnaire. Ce n'est qu'après leur accord que nous nous sommes rendus dans les ménages. Lors de l'enquête, nous nous présentons comme doctorant, donnons l'objet de notre visite et c'est après l'autorisation de la ou des personnes rencontrées dans les ménages que nous sollicitons leur aide pour le remplissage du questionnaire que nous allions leur distribuer. Elles avaient entre 15 et 20 minutes pour le remplir, même si certaines personnes allaient au-delà ou bien le remplissaient avant le temps qui leur était imparti.

Selon Nworgu (1991), il y a deux modes d'administration du questionnaire : l'administration directe et l'administration indirecte. Pour Quivy et Van Campenhout (1995, p.191), le questionnaire est dit d'« administration indirecte » lorsqu'un enquêteur le complète lui-même à partir des réponses qui lui sont fournies par le répondant. Il est dit d'« administration directe » lorsque le répondant le remplit lui-même. Le questionnaire lui est alors remis en main propre par un enquêteur chargé de fournir toutes les explications nécessaires. À ce niveau, nous avons eu recours à ces deux modes d'administration du questionnaire. Les personnes capables de le faire (le remplissage), nous leur remettons le questionnaire. Dans le cas contraire, nous le remplissons en leur présence et après leur avoir lu la question soit en français, soit en langue locale. C'est leurs réponses, avis qui sont reportés de façon textuelle sur le questionnaire. Cette manière de procéder offre l'avantage qu'elle permet de s'assurer que c'est l'enquêté qui apporte effectivement les réponses aux questions et il élimine ainsi l'écueil de la transcription (qui n'est

pas toujours fidèle) par l'enquêteur des réponses de l'enquêté. Nous expliquions au préalable aux répondants l'objet et partiellement les objectifs de notre étude avant de leur remettre éventuellement le questionnaire lorsqu'ils marquaient leur accord pour participer à l'enquête. Même pendant que les répondants remplissaient les questionnaires, ils pouvaient nous solliciter pour des questions qu'ils ne comprenaient pas. Chaque fois, nous leur donnions et rappelions les instructions concernant la manière de remplir les questionnaires.

L'enquête s'est déroulée du 08 Août au 17 Septembre 2016. Le tableau ci-dessous présente clairement les différentes périodes et les lieux de l'enquête.

Départements		Périodes
F A C O	Souébly-Maébly	08 Août au 20 Août 2016
	Facobly	
	Poumbly	
	Bahibly	
	Koulayéré	
	Gningléu	05 Septembre au 17 Septembre 2016
	Bèlègleu	
	Danané village	

Tableau 3 : Répartition des différents lieux et périodes de l'enquête

3.8.4.2 Les difficultés rencontrées pendant l'enquête

Malgré les dispositions qui ont été prises pour contourner les obstacles de terrain, notre enquête ne s'est pas déroulée sans difficultés. La principale difficulté à laquelle nous avons été confrontés au refus de certains responsables d'établissements sanitaires (Hôpital générale de Kouibly et l'Hôpital général de Danané) de nous donner leur approbation pour rencontrer les prestataires de soins de ces différents établissements sanitaires.

Ces responsables ont justifié leurs refus parce qu'en plus des attestations de recherche à nous donner par le doyen de l'UFRICA et du chef du département des sciences de l'information et de la communication (SIC) de l'Université Félix Houphouët Boigny (UFHB) d'Abidjan-cocody, nous ne disposions pas d'un document officiel délivré par le cabinet du ministre de la santé publique et de la lutte contre le sida de Côte d'Ivoire.

À côté de cela, il faut aussi ajouter réticence des populations. Certaines personnes ont refusé de remplir le questionnaire (pour des raisons de manque de temps matériel, pour la longueur du questionnaire, par crainte de répression et surtout elles estimaient ne pas voir le bien fondé de notre étude. Car elles nous ont dit que des personnes étaient passées avant nous pour des enquêtes dans d'autres domaines en leur promettant des lendemains meilleurs et après leur passage rien n'a changé à leur niveau, etc.), d'autres remplissaient uniquement l'identification. En refusant de coopérer, ces personnes perturbaient leurs camarades concentrés qui répondaient aux questions.

3.9 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

3.9.1 Présentation du logiciel de traitement statistique retenu : SPSS.

SPSS (« *Statistical Package for the Social Sciences* ») est un logiciel utilisé pour l'analyse statistique. La première version de SPSS a été mise en vente en 1968 et fait partie des programmes les plus largement utilisés pour l'analyse statistique en sciences sociales. Il est utilisé par des chercheurs appartenant à diverses obédiences scientifiques (économie, science de la santé, éducation nationale, etc.). En plus de l'analyse statistique, la gestion des données (sélection de cas, reformatage de fichier, création de données dérivées) et la documentation des données sont deux autres caractéristiques de ce logiciel.

Les nombreuses caractéristiques de SPSS sont accessibles via les menus déroulants ou peuvent être programmées avec un langage en ligne de commande appelé 4GL (licence propriétaire). La programmation par lignes de commande a les avantages de la reproductibilité et de la manipulation et de l'analyse de données complexes. L'interface des menus déroulants génère également la syntaxe de commandes, bien que par défaut, elle soit invisible à l'utilisateur. Les programmes peuvent être lancés de manière interactive ou de façon non surveillée en utilisant le « *Production Job Facility* » fourni. Un langage de macro peut être utilisé pour écrire des routines et une extension pour le langage *Python* permet d'accéder aux informations dans les données ou dans le dictionnaire des données et de construire des programmes en syntaxe de lignes de commande de façon dynamique. Cette extension de programmation *Python*, introduite dans la version 14 de ce logiciel, a remplacé les scripts *SAX Basic* moins fonctionnels pour la plupart des besoins, bien que *SAX Basic* reste disponible. Depuis la version 14, SPSS peut être piloté extérieurement en utilisant un programme en python ou en *VB.Net* ou en utilisant les « plug-ins » fournis.

SPSS impose des contraintes concernant la structure interne des fichiers, les types des données, le traitement des données et les fichiers de correspondance, ce qui en fin de compte simplifie considérablement la programmation. Les séries de données de SPSS ont une structure en tableaux à deux dimensions où les rangées représentent typiquement les cas et où les colonnes

représentent les mesures. Il n'y a que deux types définis de données : nombres ou chaînes de caractères. Tous les traitements de données se déroulent de façon séquentielle, les cas à la suite les uns des autres dans l'ordre du fichier. Les fichiers peuvent être comparés un à un, un envers les autres, mais pas plusieurs d'un coup envers les autres. SPSS peut lire et écrire des données à partir des fichiers texte en caractères *ASCII* (incluant les fichiers hiérarchiques), d'autres paquetages statistiques, des feuilles de calcul et des bases de données.

Différentes versions de SPSS existent pour *Windows*, *Mac OSX* et *Unix*. La version pour *Windows* est mise à jour plus fréquemment et possède plus de caractéristiques que les versions pour les autres systèmes d'exploitation. La version 15.1 de SPSS mise sur le marché depuis 2007 tourne de façon native sur ordinateur *Macintosh* muni de processeur *Intel X86*. Les fonctions statistiques incluses dans le logiciel de base SPSS sont :

- *statistique descriptive* : Gross tabulation, fréquences, etc. ;
- *statistique bivariée* : moyennes, test T., ANOVA, corrélation (bivariée, partielle), tests non paramétriques ;
- prédiction pour numérique *outcomes* : régression linéaire ;
- *prédiction pour groupes identifiant* : analyse de facteurs, analyse de groupe, analyse discriminante.

Des modules peuvent également être ajoutés pour augmenter les possibilités du logiciel SPSS.

Les modules disponibles sont :

- l'extension de programmabilité SPSS (« *SPSS Programmability Extension* », ajouté dans la version 14) qui permet la programmation en python pour contrôler SPSS ;
- la validation de données SPSS (« *SPSS Data Validation* » ajouté dans la version 14), qui permet la programmation du contrôle de la logique des données et le rapport des valeurs suspectes ;
- les modèles de régression SPSS (« *SPSS Regression Models* ») ;
- les modèles avancés SPSS (*SPSS Advanced Models*)
- le modèle des arbres de classification SPSS (« *SPSS Classification Trees* ») qui crée des arbres de classification et de décisions pour l'identification de groupes et la prévision de comportements ;
- les tableaux SPSS (« *SPSS Tables* »), qui permettent de contrôler la manière d'effectuer les exportations de données dans les rapports ;
- les tests exacts SPSS (« *SPSS exact Tests* ») qui permettent le test statistique sur des petits échantillons ;
- les catégories SPSS (« *SPSS Categories* ») ;

- l'analyse de valeur manquante SPSS (« *SPSS Missing Value Analysis* ») qui est une imputation simple à base de régression ;

le modèle des échantillons complexes SPSS (« *SPSS Complex Sampling* », ajouté dans la version 12) qui réalise des ajustements pour la stratification et le groupage et autres biais de choix d'échantillon. Notre choix s'est porté sur SPSS pour des raisons ci-dessus énumérés et également parce que SPSS est crédible dans le traitement des échelles d'attitudes.

SPSS permet de tirer le plus d'informations possibles d'un ensemble de données.

3.9.2 Techniques d'analyse des données

Le type de traitement des données comme le précise Eymard (2003, p.157) est en lien étroit avec la méthode de recherche et l'objectif poursuivi. Le traitement statistique de données s'appuie toujours sur la statistique descriptive et, suivant le type d'enquête, sur l'inférence statistique. Les données recueillies à l'issue de notre enquête ont été essentiellement analysées grâce aux outils de la statistique descriptive et de l'analyse du contenu.

3.9.2.1 L'analyse descriptive

L'analyse descriptive a pour but de décrire les savoirs, connaissances, perceptions, attitudes, comportements des populations issues des milieux ruraux à l'égard de l'adoption et de la mise en pratique des messages et/ou mesures de prévention contre les maladies en résumant ses caractéristiques quantitatives en quelques nombres (fréquences et pourcentages). Cette technique statistique nous a également permis de vérifier les hypothèses de recherche que nous avons formulées et qui établissent des liens entre la compréhension des messages d'informations sur les maladies et l'adoption et l'application des mesures visant le maintien de la santé d'une part, et les variables indépendantes et celles dites dépendantes d'autre part.

3.9.2.2 L'analyse de contenu : le contenu sémantique des catégories

L'analyse de contenu est utilisée pour traiter les données d'un entretien (non directif, semi-directif ou directif), les questions ouvertes d'un questionnaire, d'un document écrit ou oral (textes, journaux, télévision, etc.) ou encore les données obtenues par observation globale et narrative. Dans le cadre de notre étude, nous en faisons usage pour analyser les propos issus de nos entretiens semi-directifs avec les prestataires de soins, les leaders communautaires et coutumiers, les hommes, les femmes et les jeunes. L'analyse de contenu nous permettra de lire le contenu réel de leurs déclarations et de lui attribuer du sens.

Le mot analyse « désigne d'abord une décomposition d'éléments de nature intellectuelle et abstraite, une critique, puis un procédé de raisonnement » (Rey, 1995, cité par Eymard (2003)). Le travail d'analyse de contenu consiste à réaliser un découpage en unités de sens à procéder à un inventaire, une catégorisation ; une codification. L'unité de sens peut être construite ou provenir

d'un mot, d'une phrase, d'une causalité, d'une proposition. Nous distinguons plusieurs types de démarches pouvant être utilisées dans le cadre de notre recherche. Il s'agit des analyses fondées sur le comptage fréquentiel de formes, les analyses par catégories préconstruites, l'analyse par typologies des verbes, l'analyse par catégories sémantiques inférées du texte (analyse thématique), les analyses syntaxico-sémantiques, l'analyse de contenu comme pari pragmatique, etc. Notre choix s'est porté sur l'analyse par catégories sémantiques inférées du discours des interviewés.

Contrairement aux analyses fondées sur des catégories à priori, le contenu sémantique des catégories n'est pas connu d'avance. Il est issu d'une interprétation du discours des participants par l'analyste qui crée ses propres catégories. Le processus de création de ces catégories n'est pas systématisé, faisant appel tant à l'information présente dans le texte qu'aux connaissances du chercheur (analyste) concernant le domaine traité et son contexte. L'analyse de contenu thématique est le plus couramment pratiquée en communication. Après une immersion prolongée dans le texte, le chercheur découpe les parties du texte ou du discours en blocs (mots, propositions, paragraphes, etc.), porteurs d'une même signification (thème). Les thèmes sont ensuite hiérarchisés en thèmes principaux et secondaires (sous-thèmes). L'analyse thématique établit un classement des thèmes et des relations entre différents thèmes. En veillant sur la cohérence, l'exclusivité des catégories entre elles, l'exhaustivité des catégories, et en donnant une définition opérationnelle de chaque thème. Nous utiliserons également, en guise de complément, le comptage fréquentiel (les thèmes classés par fréquence). L'analyse thématique est un outil pragmatique. Nous avons selon les données utilisées simultanément l'analyse descriptive et l'analyse du contenu.

DEUXIÈME PARTIE

SYSTÈMES DE COMMUNICATION, PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET CONFRONTATION DES RÉSULTATS

Chapitre IV : SYSTÈMES DE COMMUNICATION EN PAYS WÊ (WÔBÉ) ET (YACOUBA)

4.1. SYSTÈMES DE COMMUNICATION EN PAYS WÊ (WÔBÉ)

La société Wê actuelle est à cheval sur le traditionnel et le modernisme. Au niveau traditionnel, il y a certaines réalités en pays Wê qui n'existait pas avant. C'est le cas de chef de village. Avant, les villages en pays Wê étaient constitués de petits hameaux dirigés par des chefs de famille ou de groupe et l'on les nommait « groupe de famille ».

Cependant, la chefferie que ce peuple a de nos jours, est un héritage reçu des malinkés. De ce fait, il n'existe jusqu'à ce jour aucune appellation typique en langue Wê la fonction de chef de village. Le Wê utilise le terme « *Douty* » diminutif de « *Dougoutigui* » qui est un terme malinké. Ce terme signifie *le propriétaire des lieux, du village*. En clair, toutes les choses n'ayant pas existé au temps de nos aïeux, elles n'ont pas de terminologiques typiques dans la langue Wê.

Maintenant, dans les villages Wê, lorsqu'il y a une ou des information(s) a fait passer ou a donné au peuple Wê (Wôbé), l'on recourt aux canaux suivants : chef de groupes ; chefs de familles et le griot.

4.1.1. Le chef de groupe

Le chef de groupe est la personne qui est venue s'installer la première sur un espace donné. C'est-à-dire que c'est la personne autour de laquelle s'est construit ou bâti le village ou la tribu. C'est cette personne qui constitue la première porte d'entrée de l'information dans la société traditionnelle Wê (Wôbé).

Lorsque les autorités administratives ou sanitaires ont ou doivent véhiculer ou donner des informations et/ou formations à une frange de la population rurale Wê, elles s'adressent tout d'abord au chef de groupe. À ce dernier, les bienfondés et les risques des maladies par exemple, lui sont données.

À son tour, le chef de groupe réunit ou fait réuni les différents chefs de famille à qui, le chef de groupe porte le message.

4.1.2. Le chef de famille

Les chefs de famille sont les responsables des familles venues s'installer autour du chef de groupe. Ils constituent la seconde porte d'entrée de l'information. Ces derniers ont à charge de répercuter les informations à eux transmises par le chef de groupe sur son groupe (sa famille) à lui.

Ce processus est né lors de la colonisation ou pénétration des colons sur le continent africain. Dans la collecte des impôts d'alors, c'était le chef de famille qui se chargeait de collecter les impôts de sa famille et ensuite, il les porte au chef de groupe. Ce dernier désigne à son tour des porteurs qui vont transmettre les impôts au chef de canton et lequel chef de canton va à son tour mettre en mission ou mandater des émissaires pour les (les impôts) transmettre au chef de cercle. Durant la colonisation, le processus de propagation des informations suivaient cet ordre.

4.1.3. Le griot

Le griot, chez le peuple Wê (Wôbé), est né du fait que ce peuple s'est frotté ou cohabité dans sa migration avec le malinkés. Le griot est une fonction typiquement malinké. Chez ce peuple, le griot appartient à des castes, des familles de griot.

Faisant frontière avec les malinkés par le Nord, le peuple Wê (Wôbé) résidant dans le canton de Semian (ville frontalière avec la ville de Séguéla à l'Ouest de la Côte d'Ivoire) a pris fait et cause pour cette caste : les griots.

Ainsi, pour divulguer des informations, des nouvelles dans la société Wê (Wôbé), une personne est choisie pour crier ces informations en sillonnant les ruelles et rues des localités où ce peuple a ses emprises, réside. Ce canal est le plus souvent utilisé dans cette sphère dans la mesure où les autorités souhaitent toucher le maximum de personnes avec les messages.

La fonction de griot a été plus encouragée par les colons. Ceux-ci, dans le temps, souhaitaient se faire entendre par la majorité de leurs sujets. Pour les colons, en criant, les informations parviennent à l'oreille de plusieurs personnes qu'en donnant les informations de « bouche à oreille ».

C'est de ce processus qu'est né la fonction d'interprète mise en place toujours par les colons. Dans la pratique, l'interprète va dire en termes locaux ce que le colon a dit dans sa langue (français).

Dans la société Wê (Wôbé), l'interprète n'est autre que *le neveu*. Celui-ci est là pour porter haut la voix de ses oncles. Au cours d'une assemblée, c'est le neveu qui est dehors pour « doubler » les voix, qui élève la voix. Une chose peut être dite au cours de cette assemblée mais tant que le neveu n'a pas répercuté ou repris l'information, cette chose ou information n'est pas

prise en compte. Le neveu, dans ce cas, constitue *un filtre*. C'est ce qu'il laisse passer ou dit qui est pris pour comme la vraie information. Le neveu reformule l'information de sorte à l'adoucir et c'est ce qu'il donne au sortir des échanges qui est pris en considération.

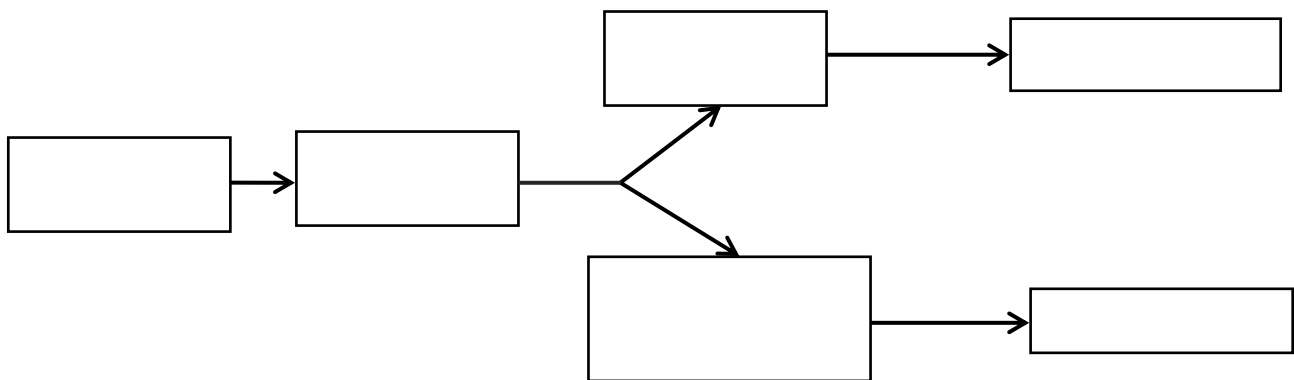


Figure 13 : Trajet de l'information en pays Wê (Wôbé)

Source : l'impétrant

4.2. SYSTÈMES DE COMMUNICATION EN PAYS DAN (YACOUBA)

La communauté villageoise est structurée en famille chez les Dan à savoir le père, la ou les mère(s) et les enfants. Ensuite, il y a la famille nucléaire où nous avons tous les enfants qui sont descendants de la famille : c'est-à-dire les cousins, les oncles, les neveux, etc.

La famille de base (père, mère et enfants) est appelée « Goinga » et lorsqu'on y ajoute les oncles (frères du père), les cousins, les neveux ; cela donne une famille élargie qu'on nomme en dan « Goun » et il y a un responsable. À côté du chef de famille, il y a le chef de village.

Dans un village dan dans le département de Danané, il y a deux (2) grands groupes de familles disposées sous forme de quartier. Chaque groupe de famille est composé de huit (8) familles (Gbato ; Gondo ; Gueu ; etc.).

4.2.1. Le chef de famille

Chez le Dan, lorsqu'il y a un problème dans une famille, lorsqu'il y a des informations à donner, le chef de famille met en mission le plus jeune membre de sa famille. À celui-là, il lui demande de faire appel à un certain nombre de personnes qui appartiennent à la famille. En d'autres termes, le chef de famille envoie une personne, un messager porter de façon verbale à certains membres de la famille une convocation pour une rencontre avec le responsable de la famille.

La personne qui fait appeler les autres membres de la famille, ses responsabilités et sa position sociales sont connues et reconnues de tous les membres de la famille. Ainsi, devront-ils prendre

toutes les dispositions pour répondre à l'appel, dans le cas contraire ou tout manquement à la rencontre sera sujet à procès.

4.2.2. Le crieur public

Dans les villages Dan, il y a un « crieur public ». Cette personne qui est choisie pour « crier » les nouvelles ou les informations à travers les ruelles du village, est reconnue comme tel et sait porter un message ; c'est elle qui est envoyée porter le message.

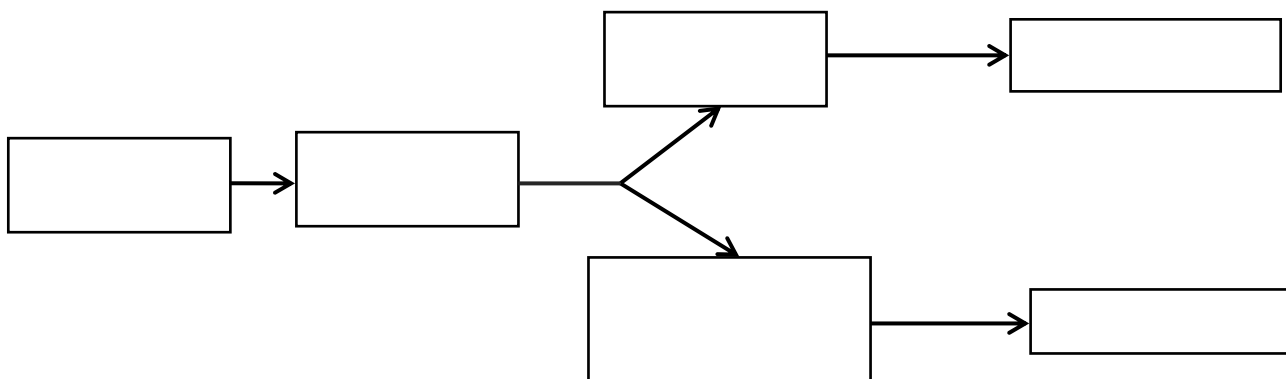
En dans la langue Dan, le « crieur public » se dit « *Nowomin* ». Littéralement, cela signifie « l'homme qui crie, qu'on met sur la place publique ». Tout le monde le saisit pour porter un message à l'intérieur de la communauté, dans le village.

4.2.3. Le tambour

En période de guerre par exemple, le peuple Dan fait sortir le tambour de guerre. Certaines personnes sont choisies pour le battre de sorte à ce que les populations déchiffrent le message et qu'elles se mettent en branle.

De manière générale, lorsqu'il y a un décès dans une famille au village, un enfant (par rapport à celui à qui l'on porte la nouvelle) est dépêché pour annoncer au chef de famille la triste nouvelle. Une fois informé, le chef de famille met la nouvelle à la disposition des autres membres de la famille.

Chez le dan, l'on envoie toujours le message ou l'information à l'autorité dans la famille. C'est elle (l'autorité ou chef de famille) qui se déplace avec les personnes qui ont le droit d'être là à l'endroit où le chef de famille se rend. Pour le respect de l'autre, la bienséance exige qu'il lui soit envoyé quelqu'un pour lui porter la nouvelle quel que soit la distance et / ou l'endroit où celui-là réside.



Chapitre V : PRÉSENTATION DES DONNÉES RÉCUEILLIES

5.1. PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES PAR QUESTIONNAIRE DANS LES DÉPARTEMENTS DE DANANÉ, FACOBLY ET KOUIBLY

5.1.1. LE DÉPARTEMENT DE DANANÉ

5.1.1.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

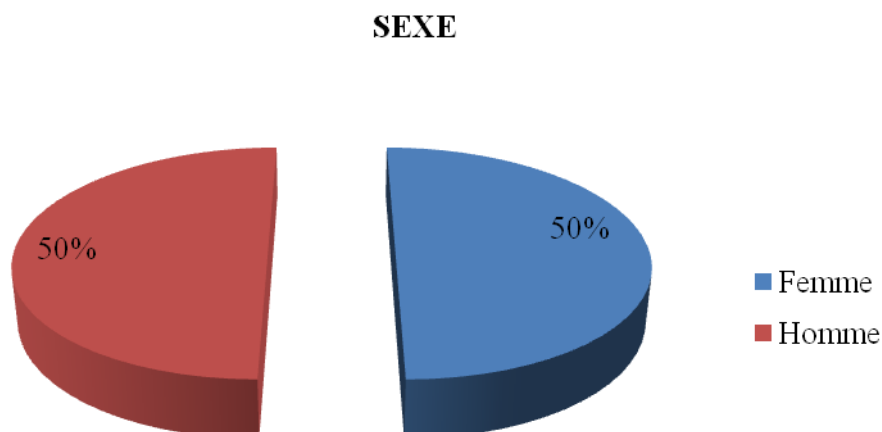


Figure 15 : Détermination du pourcentage des sexes

Source : Données de l'enquête

La figure ci-dessus nous présente les différents sexes à qui nous avons soumis notre questionnaire dans le département de Danané.

Dans le souci de recueillir des avis plus ou moins intéressants, les personnes auxquelles nous avons soumis notre questionnaire sont à **50%** de sexe féminin et à **50%** de sexe masculin.

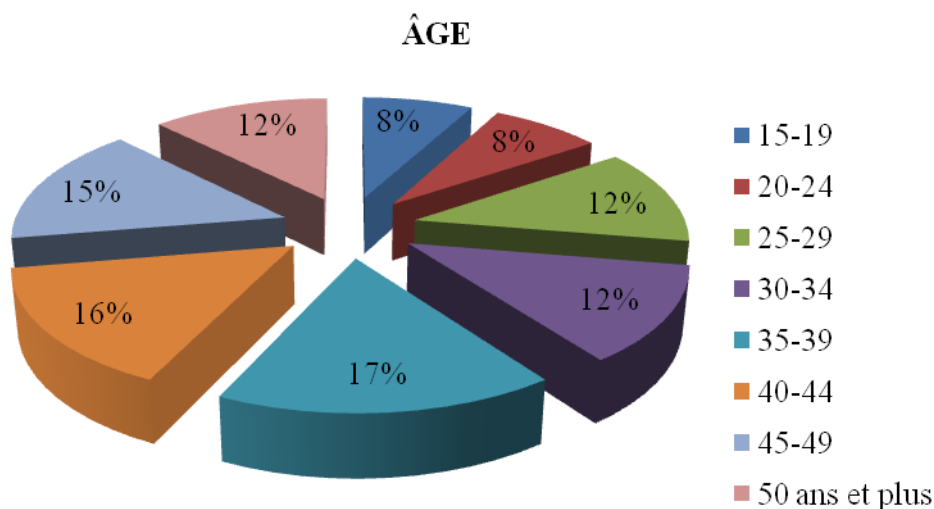


Figure 16 : Distribution comparée des âges des personnes enquêtées à Danané
Source : Données de l'enquête

À Danané, nous avons interrogé des personnes dont les âges varient. Ainsi, avons enregistré les âges suivants :

- **8%** de nos enquêtés a un âge compris entre 15 et 19 ans ;
- **8%** des personnes interrogées a un âge qui s'inscrit dans la tranche 20 – 24 ans ;
- **12%** de notre cible a un âge compris entre 25 et 29 ans ;
- **12%** dise inscrire leur âge entre 30 et 34 ans ;
- **17%** de la population enquêtées a un âge qui s'inscrit dans la tranche 35 – 39 ans ;
- **16%**a un âge compris entre 40 et 44 ans ;
- **15%** de notre cible a un âge compris entre 45 et 49 ans ;
- **12%** des personnes interrogées a un âge qui part de 50 ans et plus.

La structure des âges des 130 personnes a qui nous avons soumis notre questionnaire à Danané, est une structure assez homogène. Cela a été fait ainsi dans l'optique de connaître la pensée de toute la population qu'elle soit, moins âgée, âgée, jeune et vieillard ; ce qui traduit à notre sens un sorte de transparence dans nos enquêtes.

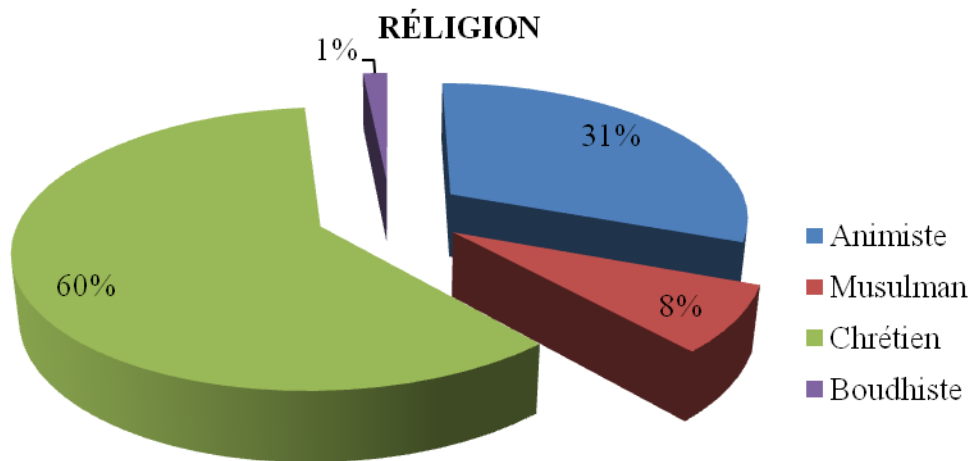


Figure 17 : Répartition de la cible par religion
Source : Données de l'enquête

La principale religion des personnes à qui nous avons administré le questionnaire est le *christianisme* (**60%**). À côté de cela, nous avons **31%** d'*animiste* et **8%** de *musulman*. Enfin, nous avons **1%** qui pratique le *bouddhisme*.

Ainsi, estimons-nous que la population interrogée est d'obédience religieuse diverse, ce qui traduit une fois de plus notre envie de recueillir les avis de tout le monde dans la mesure où la maladie frappe dans toutes les religions.

ÉTAT MATRIMONIAL

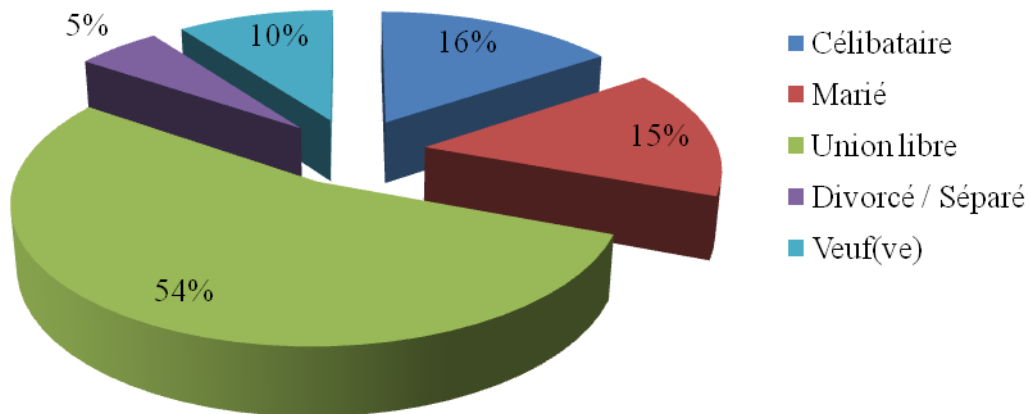


Figure 18 : Présentation des pourcentages de la situation matrimoniale des enquêtés
Source : Données de l'enquête

Les personnes auprès desquelles nous avons soumis notre questionnaire sont à **54%** inscrit dans une *union libre* contre **15%** de *mariés*.

Par ailleurs, les personnes *divorcées* ou *séparées* représentent **5%** ; les veuves et veufs constituent **10%** de la population cible. Enfin, **16%** des interrogés est *célibataire*.

Les populations de Danané sont vivants dans des situations matrimoniales plus ou moins variées.

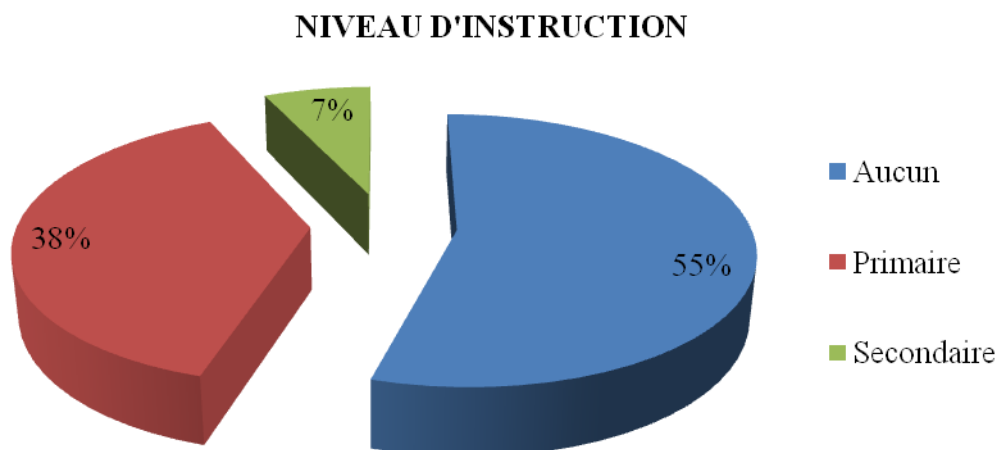


Figure 19 : Pourcentages du niveau d’instruction des enquêtés

Source : Données de l’enquête

Connaitre le niveau d’instruction de personnes dont on veut recueillir leurs avis sur les maladies est une chose importante dans la mesure où cela nous permet de mieux apprécier à sa juste valeur la qualité des connaissances dont elles disposent sur ce thème.

Ainsi, **55%** des enquêtés n’ont *aucun niveau d’instruction* contre **38%** dont le parcours scolaire s’est achevé au *primaire* ; tandis que **7%** des hommes et femmes a achevé leur périple scolaire au *secondaire*.

Ces données nous donnent de comprendre que la majeure partie de la population rurale n’a aucun niveau d’instruction. C’est-à-dire qu’elle ne sait ni lire ni écrire dans leur grande majorité. Alors, toute étude et projet ayant pour cible cette frange de la population, ils doivent tenir compte de ce manque d’instruction et s’adapter à cette situation de sorte à produire des résultats probants et traduisant la réalité.

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

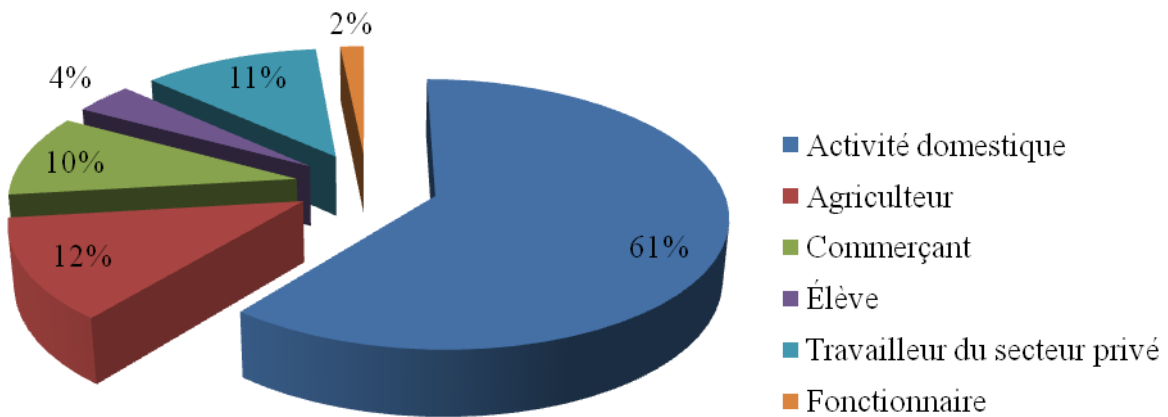


Figure 20 : Détermination du pourcentage de l'activité professionnelle de la cible
Source : Données de l'enquête

À **61%**, les populations issues du département de Danané exercent des *activités domestiques* contre **12%** ayant pour activité l'*agriculture*.

De plus, **10%** de la cible exercent de *petits commerces* ; **11%** sont des *travailleurs du secteur privé* et **2%** sont des *fonctionnaires*.

Enfin, dans notre échantillon, nous avons **2%** d'*élèves* du secondaire des établissements publics et privés de Danané.

Avoir un emploi ou une activité professionnelle est la chose à laquelle aspire tout être humain. Alors lorsqu'on s'intéresse à une population donnée, il est bon de connaître ce paramètre pour comprendre ce qui participe au bien-être psychologique de celle-là.

Au total, ces données ci-dessus nous ont permis de connaître les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés dans le département de Danané. Cela constitue pour nous un préalable qu'il fallait lever avant toute question portant sur l'objet de notre étude. Les données ci-dessous portent sur l'objet de notre étude : langues locales et communication pour la santé publique.

5.1.1.2. SAVOIRS, CROYANCES ET PRATIQUES DES POPULATIONS À L'ÉGARD DES MALADIES

Savoir des populations sur les maladies

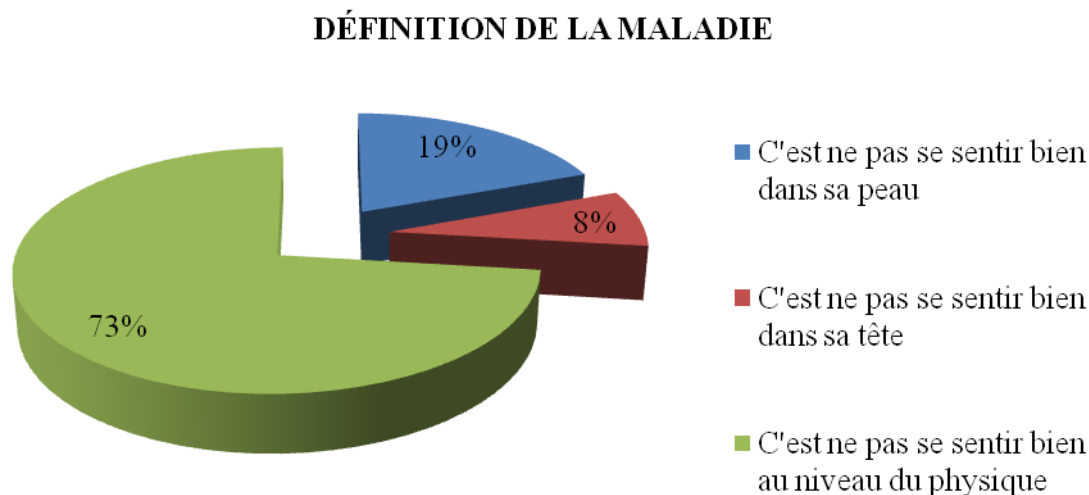


Figure 21 : Pourcentage des réponses sur la définition du terme maladie
Source : Données de l'enquête

Le terme « maladie » est diversement défini par notre cible de Danané, un terme qui est plus ou moins défini avec difficulté et hésitation car elle a estimé que toutes les propositions de réponses que nous leur avons données sont des pans du terme. Cependant avec insistance de notre part de sorte que l'enquêté choisisse une réponse ou en propose une qui traduirait sa pensée, nous avons enregistré les réponses suivantes :

- **78%** de la cible définit le mot *maladie* en ces termes « *c'est ne pas se sentir bien au niveau du physique* » ;
- **19%** croit que *maladie* « *c'est ne pas se sentir bien dans sa peau.* » ;
- **8%** enfin a choisi la réponse « *c'est ne pas se sentir bien dans sa tête.* »

Il convient de préciser que les réponses des populations sont issues des choix que nous leur avons proposés et aucune autre réponse venant d'un enquêté n'a été exprimée. Cela pour nous est plus ou moins dû, après que nous ayons observé les répondants leur réaction devant la question, à l'ignorance de ceux-là voire même de leur refus de réfléchir, de se creuser les méninges pour dire ce qu'ils savent réellement.

CONTRATION DES MALADIES

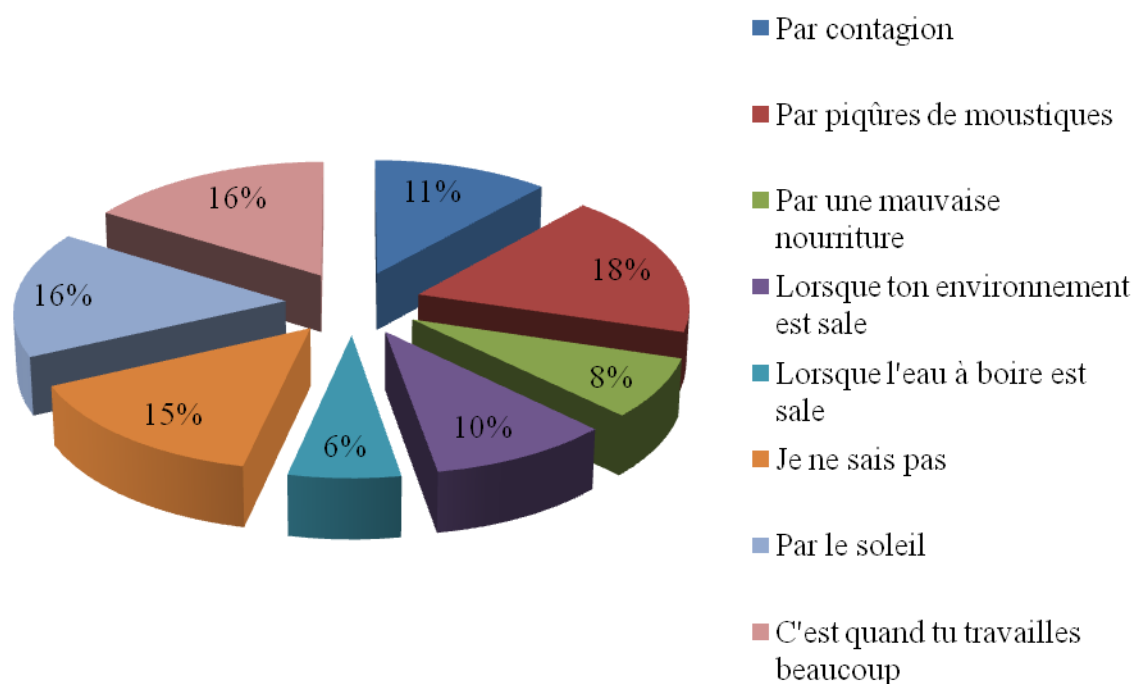


Figure 22 : Pourcentage des réponses sur la contraction des maladies

Source : Données de l'enquête

À la question « *comment contracte-t-on les maladies ?* », nous avons enregistré les réponses suivantes :

- « *Par les piqûres de moustiques* » est à **18%** la réponse choisie par les populations ;
- **16%** attribue les causes des maladies dans la région de Danané à d'une part « *le soleil* » et d'autre part au degré élevé des travaux ou selon leur propre terme « *c'est quand tu travailles beaucoup.* » ;
- Pour **10%** de la population, l'on contracte les maladies « *lorsque ton environnement est sale.* » ;
- Pour **11%**, on a les maladies « *par contagion* » ;
- **6%** croit que c'est « *lorsque l'eau à boire est sale.* » ;
- **8%** de la cible a dit que les maladies interviennent chez l'homme dû fait « *de la mauvaise nourriture* » et
- **15%** des personnes enquêtées n'a pas répondu à cette question ouverte.

Lorsque nous observons ces données, un constat apparait : la population rurale a dans son esprit des connaissances en vrac sur les causes des maladies chez les humains. Elle ne parvient pas à distinguer les facteurs favorisant les maladies des causes réelles de ces dernières.

LES MALADIES FRÉQUENTES DANS LA ZONE DE DANANÉ

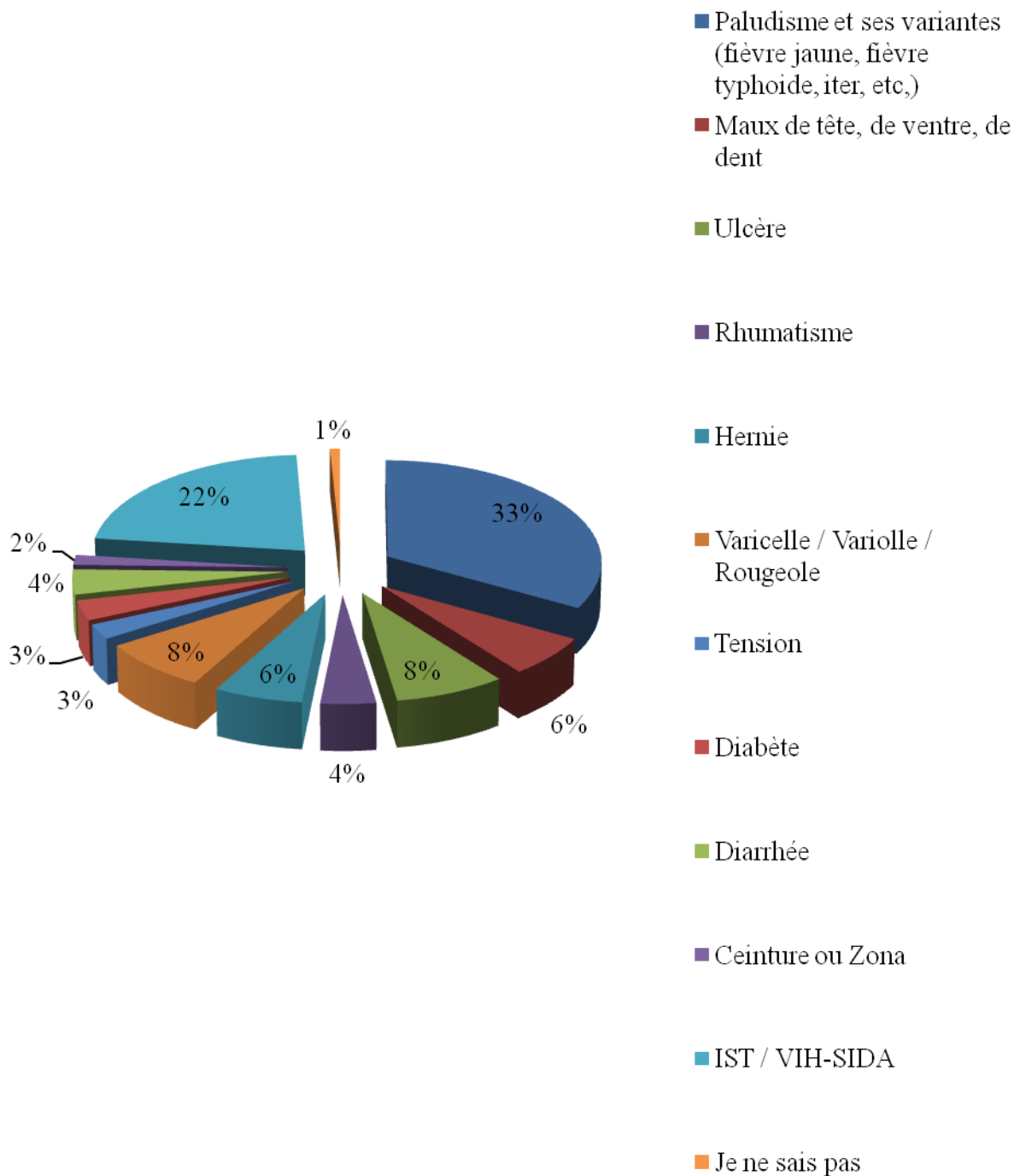


Figure 23 : Pourcentage des maladies fréquentes dans la localité de Danané et environs

Source : Données de l'enquête

Dans le vécu quotidien des populations rurales et urbaines, elles sont confrontées à bien de problèmes dont les maladies la ville de Danané ne fait pas l'exception. C'est pour connaître leur connaissance sur les maladies qui les environnent et qui sont récurrentes dans ladite zone.

Ainsi :

- **33%** des enquêtés a donné le paludisme et ses variantes (fièvre jaune, fièvre typhoïde, etc.) est la maladie la plus fréquente dans la zone ;
- À **22%**, le IST/VIH-SIDA apparaît dans les réponses de l'échantillon ;
- **8%** pour l'ulcère et la varicelle / la variole / la rougeole ;
- **6%** pour la hernie, les maux de tête, de ventre, de dent ;
- **4%** pour le rhumatisme et la diarrhée ;
- **3%** pour la tension, le diabète ;
- **2%** pour ceinture ou zona ;
- **1%** des répondants n'a guère répondu à cette question.

Le paludisme et ses variantes, les IST/VIH-SIDA sont les maladies les plus fréquentes dans la ville frontalière Danané. Ces informations ont été également confirmées par les infirmiers du dispensaire urbain de la localité. Le paludisme sévit dans cette zone à l'instar de toute la Côte d'Ivoire dû fait de la position du pays dans la zone tropicale, berceau de cette maladie.

Quant aux IST/VIH-SIDA, cette maladie est d'une fréquence indéniable dans cette localité eu égard sa position. C'est une ville qui fait frontière avec les républiques du Libéria et de la Guinée. En ce lieu, il y a une forte circulation des hommes de tout acabit, de marchandises, de capitaux et les activités sexuelles sont plus ou moins denses et fréquentes offrant ainsi la possibilité pour ceux qui les pratiquent d'attraper les IST et VIH-SIDA.

CROYANCES DES POPULATIONS DE DANANÉ À L'ÉGARD DES MALADIES

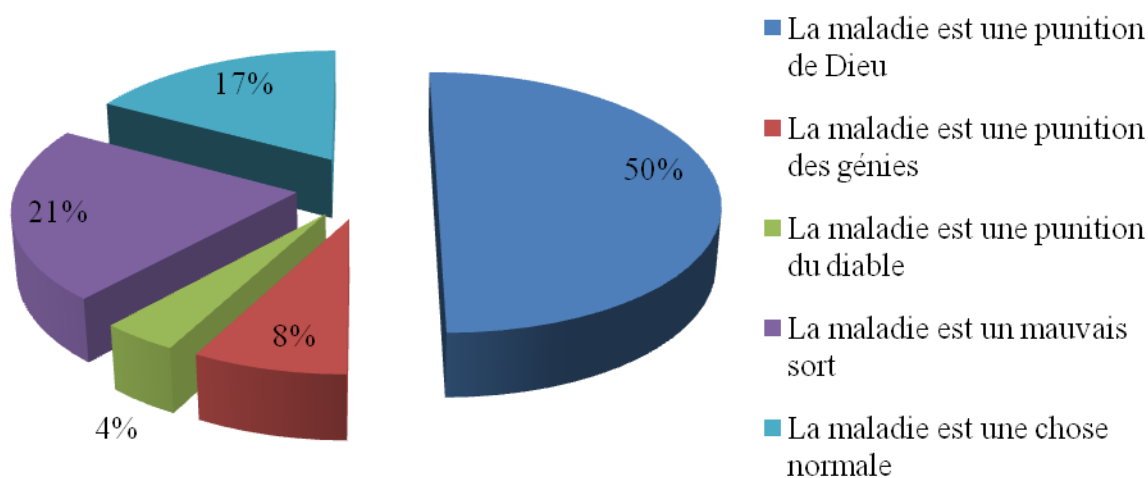


Figure 24 : Pourcentage des croyances des populations sur la maladie

Source : Données de l'enquête

À Danané, lorsque les personnes sont malades, elles sont plus enclines à trouver des responsables de la maladie. Ainsi, estiment-elles à :

- **50%** que « *la maladie est une punition de Dieu* » ;
- **21%** que « *la maladie est un mauvais sort* » ;
- **17%** que « *la maladie est une chose normale* » ;
- **8%** que « *la maladie est une punition des génies* »
- **4%** que « *la maladie est une punition du diable* ».

De ce qui précède, nous retenons que le plus souvent que les populations dans leur ensemble attribuent toujours la paternité des maladies à une chose ; à une personne. En Afrique tout comme en Côte d'Ivoire, l'on a tendance à penser que les maladies, lorsqu'elles atteignent l'homme, ne sont pas simples. Cette disposition d'esprit fait que les habitants de Danané voient d'un mauvais œil la maladie.

COMMENT VOYEZ-VOUS LA MALADIE?

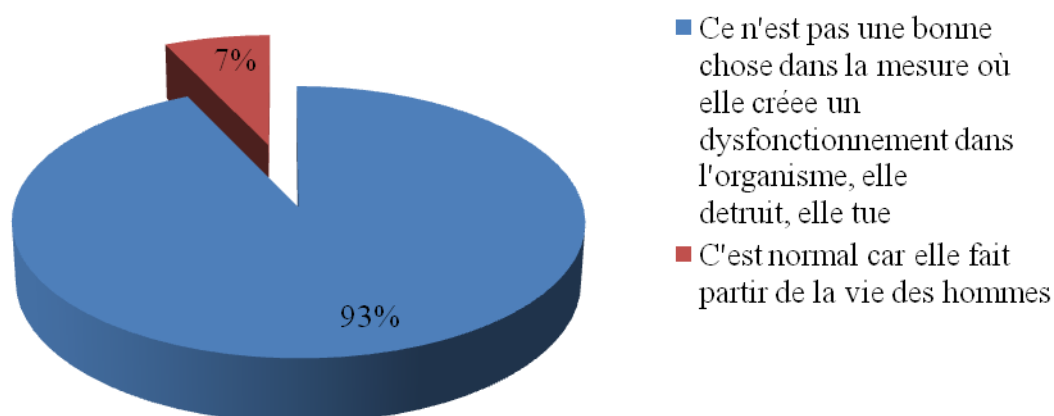


Figure 25 : Pourcentage sur la perception de la maladie chez les Dan (Yacouba)

Source : Données de l'enquête

À la question « comment voyez-vous la maladie ? », les Dan (Yacouba) nous ont répondu sans équivoque. Ces derniers disent dans leurs propos à **93%** que la maladie « *n'est pas une bonne dans la mesure où elle crée un dysfonctionnement dans l'organisme, elle détruit et tue l'homme.* »

Par contre, **7%** des personnes interrogées estime que la maladie « *est normale car elle fait partir de la vie des hommes.* »

La maladie, eu égard aux dégâts qu'elle engendre le plus souvent dans la vie de l'homme, est mal vue par les Yacouba. Dans bien de cas, lorsque le Yacouba est malade, c'est l'occasion pour lui de cogiter sur son existence, les actions posées et/ou à mener. Dans une telle situation, il ne mène aucune activité physique susceptible de rapporter à lui et à sa famille des retombés indéniables.

Cependant, en cas de maladie le Yacouba qui se rend dans l'hôpital général et/ou dans le dispensaire urbain de Danané, celui-là porte un jugement sur les prix et la qualité des soins donnés dans ces deux structures de santé de la ville.

APPRÉCIATION DES PRIX DES PRESTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE DANANÉ

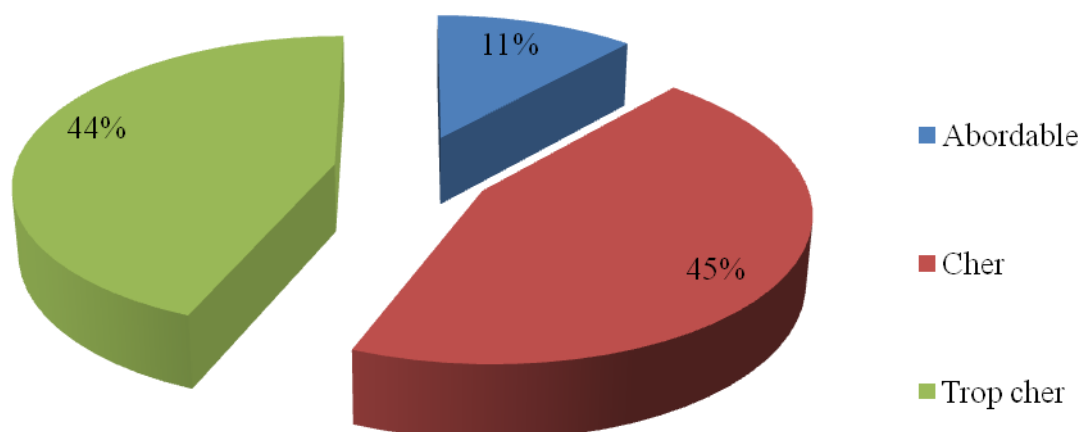


Figure 26 : Pourcentage d’appréciation des prix des prestations de soins dans les structures sanitaires de Danané

Source : Données de l’enquête

Pour la population Dan (Yacouba) de Danané, les prix des prestations à l’hôpital et dans le dispensaire urbain sont **45% chers**.

Pour certains, soit **44%** les prix pratiqués dans ces structures sont *trop chers* contre **11%** qui trouve lesdits prix *abordables*.

À l’analyse de ces données, nous observons que les avis sur les prix sont clairement affichés : les prix sont chers pour les habitants de Danané.

Cependant, après un questionnement plus poussé des enquêtés, il ressort qu’ils trouvent chers les prix de médicaments dans les pharmacies de la ville et comme pour ces derniers tout ce qui touche la santé c’est l’hôpital qui s’en charge, alors ils répercutent tout cela sur les prix pratiqués dans les hôpitaux en les trouvant exorbitants.

Par ailleurs, ils mentionnent le fait qu’à l’hôpital tout comme dans le dispensaire, tout est payant ou presque. Une telle situation n’est pas du tout de leur goût et ils s’inscrivent en faux quant à la gratuité des soins prônée par les autorités dans les structures de santé en Côte d’Ivoire.

À côté des prix que les populations jugent élever, ils se prononcent aussi sur la qualité des soins donnés dans ces structures sanitaires.

APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DANS LES HÔPITAUX DE DANANÉ

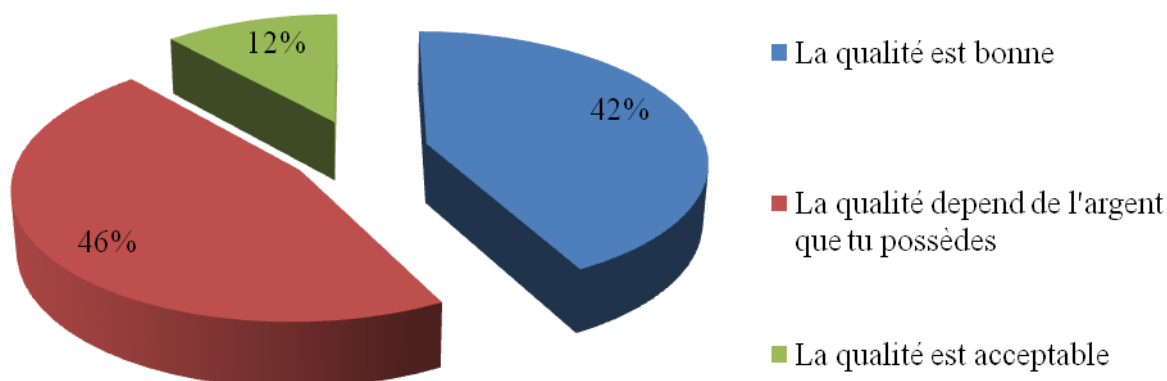


Figure 27 : Pourcentage d'appréciation de la qualité des soins dans les hôpitaux de Danané

Source : Données de l'enquête

« *Comment trouves-tu la qualité des soins donnés à l'hôpital ou du centre de santé de la ville ?* » c'est cette question qui fut posée aux Dan (Yacouba) de Danané et ils y ont apporté des réponses avec franchise.

- **46%** affirme que « *la qualité des soins dépend de l'argent qu'ils ont en leur possession.* » ;
- **42%** trouve « *la qualité des soins bonne.* » ;
- quand **12%** juge « *acceptable la qualité des soins fournis dans les hôpitaux.* »

Il convient de retenir que la qualité des soins dans les structures sanitaires de Danané sont de qualité cependant cela prend en compte de nombreux facteurs tels que l'argent, l'amitié, etc. Dans le cas où l'un ou l'autre de ces facteurs manque, la qualité des soins dispensés en pâti, prend un coup estiment les populations de Danané.

COMPORTEMENTS FACE À UN MALADE

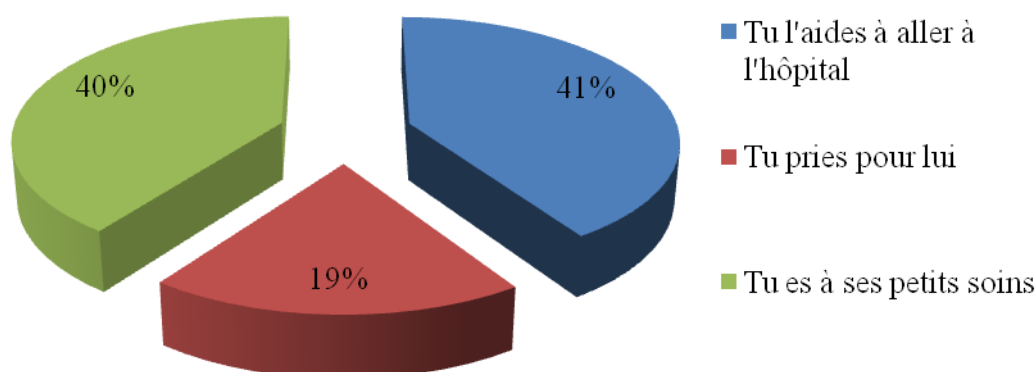


Figure 28 : Pourcentage des comportements des Dan (Yacouba) face à un malade

Source : Données de l'enquête

Les personnes que nous avons interrogées affirment ceci :

- **41%** de la population nous a dit que face à un malade, « *elle l'aide à se rendre dans une structure de soins* » ;
- **40%** affirme « *être aux soins du malade* » ;
- quand enfin **19%** des Dan (Yacouba) nous a dit « *adresser des prières à Dieu pour la guérison du malade.* »

De telles données nous donnent à voir que les Dan (Yacouba) de Danané sont dans leur plus grande majorité solidaire envers le malade et chacun selon ses possibilités, lui apporte assistance. Du coup, nous sommes endroit de dire que le malade en pays Dan (Yacouba) n'est guère esseulé, abandonné ou encore livré à lui-même. D'une manière ou d'une autre, les membres de la communauté lui manifestent tout son soutien et sont présents à ses côtés de sorte à l'aider à sur porter ou à vaincre la maladie.

Cependant, ces attitudes traduisent les actes que les membres sains de la communauté dan (Yacouba) entendent qu'on leur apporte lorsqu'ils seront à leur tour malade. Pour faire bref, c'est-à-dire que « *je t'aide aujourd'hui pour que demain lorsque ce sera mon tour, tu me rendes la pareille.* »

L'on assiste là à l'expression de la vraie nature de l'africain à savoir une Afrique où tout ce qui touche un membre une communauté ou tribu donnée, cela touche l'ensemble des membres de celle-ci : cela apparait important de le révéler au stade de notre analyse.

QUEL EST LE SENTIMENT QUI T'ANIME QUAND TU ES MALADE?

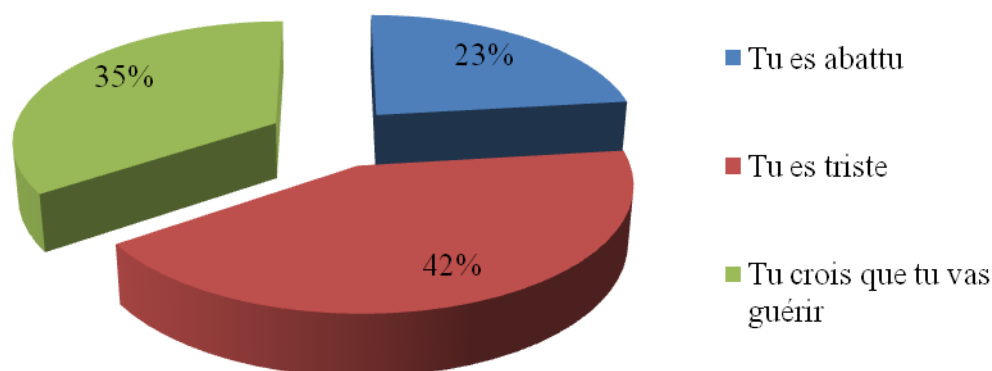


Figure 29 : Pourcentage de l'expression du sentiment animant le Dan (Yacouba) en cas de maladie

Source : Données de l'enquête

Il est de notoriété publique que lorsqu'on est frappé d'un mal ou d'une situation particulière, il y a bien un sentiment qui anime ou parcourt l'esprit de la personne éprouvée. Alors « quel est le sentiment qui anime le Dan (Yacouba) lorsqu'il est malade ? » À cette question, nous avons enregistré les réponses suivantes :

- **42%** des Dan (Yacouba) disent être animés d'un sentiment de « *tristesse* » lorsqu'il est dans la situation de malade ;
- **35%** sont plutôt optimiste dans la mesure où « *ils croient qu'ils guériront du mal ou de la maladie* » ;
- Par contre, **23%** se laissent gagner par *un air d'abattu*.

En situation de maladie, le malade n'est guère heureux dans la mesure où cela l'affecte au plus profond de lui et surtout elle (la maladie) désorganise la famille. Car désormais, une attention particulière doit être accordée au malade quitte souvent à priver les membres de cette famille de la nourriture quotidienne si c'est le père ou la mère qui est couché(e) pour raison de maladie. Cependant si c'est un enfant, cela a une incidence moindre sur la famille ; n'empêche que la maladie a un effet pas toujours agréable sur les membres de la famille quelle que soit la personne qui est malade.

ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE CHOISI EN CAS DE MALADIE

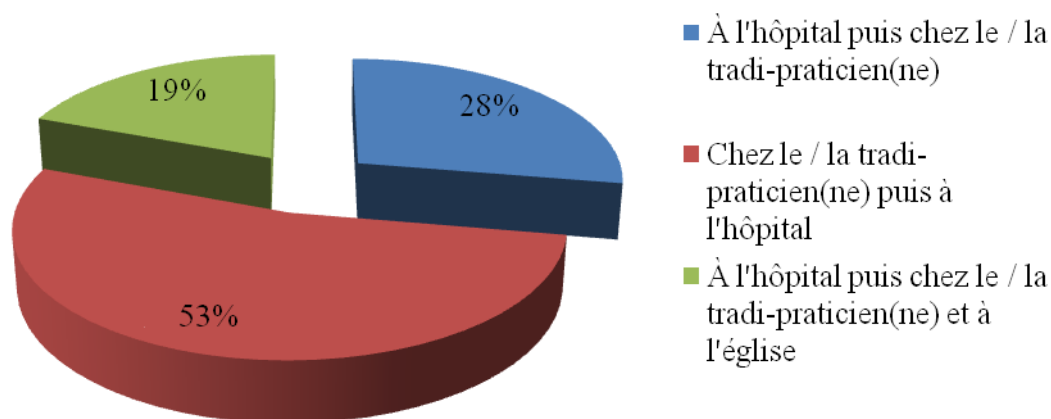


Figure 30 : Pourcentage du choix de l'itinéraire thérapeutique chez les Dan (Yacouba)
Source : Données de l'enquête

« Lorsque le Dan (Yacouba) est malade, où va-t-il pour recouvrer la guérison ? » c'est question a été posée aux populations de Danané. Ainsi, avons-nous enregistré les données suivantes :

- **53%** des Dan (Yacouba) nous ont dit qu'ils débutent leurs traitements chez le ou la tradi-praticien(ne) ou à l'indigénat. À la question de savoir pourquoi choisissent-ils de se traiter à l'indigénat ? ils affirment tout de go qu'ils procèdent ainsi parce que l'hôpital coûte cher. Et comme nous sommes pauvres, nous préférons prendre les médicaments qui coutent moins chers et c'est l'indigénat ! Cependant, si le mal persiste, c'est en ce moment-là que je me rends dans un centre de santé pour savoir de quoi je souffre réellement et je procède au traitement à l'hôpital.
- **28%** des personnes interrogées affirment débiter le traitement dans une structure de soins reconnue comme telle. Là-bas, le médecin me dira de quoi je souffre et quels traitements il nous faut. Mais, ils ne s'arrêtent pas là ; ils font également recours à l'indigénat quand les médicaments à eux administrés s'avèrent inefficaces pour traiter, dans les meilleurs délais, la maladie.
- Enfin, **19%** des enquêtés disent qu'en plus de recourir à l'hôpital et au tradi-praticien pour recouvrer la guérison ; ils vont dans les églises et les mosquées également confier leur situation, leur état de santé à Dieu.

L'itinéraire thérapeutique choisit par les Dan (Yacouba) de Danané varie d'une personne à une autre. Cependant, la principale information à retenir de ces données est la place prépondérante accordée à la médecine traditionnelle par les Dan (Yacouba) eu égard à la cherté et souvent à l'inefficacité des médicaments et soins de la médecine moderne.

5.1.1.3. ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES POPULATIONS

Attitudes des populations

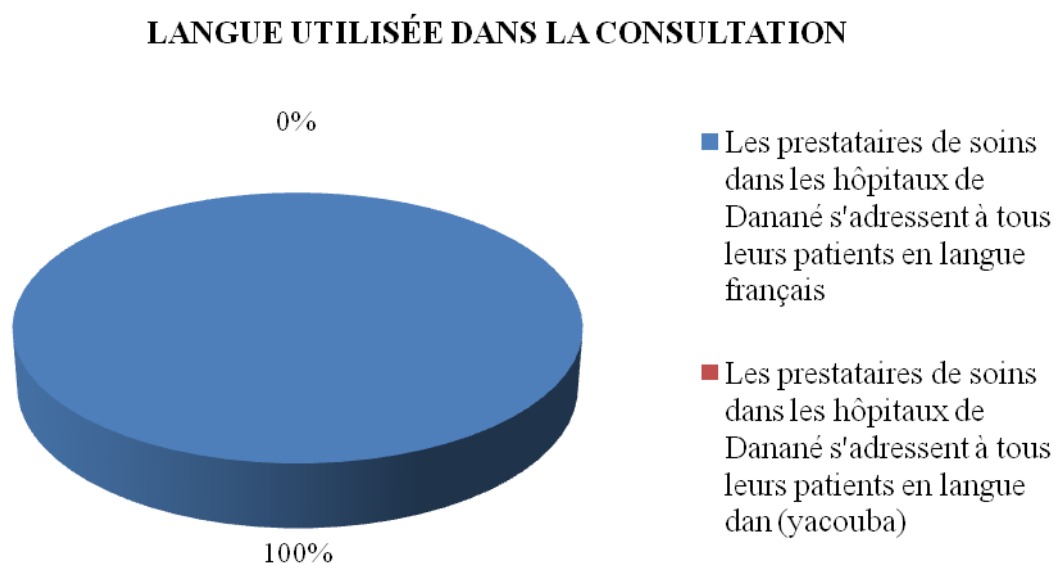


Figure 31 : Pourcentage des langues utilisées dans la consultation médicale à Danané
Source : Données de l'enquête

La langue la plus utilisée en situation de consultation médicale, d'échange entre le prestataire de soins et le patient dans les structures sanitaires de Danané est, à **100%** de l'avis des interrogés, la langue française.

Cette langue est fréquemment utilisée dans les consultations dans la mesure où c'est la langue nationale du pays et surtout c'est dans cette langue que sont formés les agents de santé (infirmiers, infirmières, médecins, sages-femmes, etc.) et cette langue touche plus les milieux urbains et moins les milieux ruraux en Côte d'Ivoire. Dans ces milieux-ci (les milieux ruraux), la langue de communication au sein des communautés est la langue locale que les membres des communautés comprennent le mieux qu'ils utilisent en situation de communication.

Cependant, une préoccupation apparaît face à cette configuration langagière présente sur l'ensemble du territoire ivoirien : le soignant qui a acquis son savoir médical en langue française et qui se retrouve à exercer dans une zone où la population ne comprend et ne s'exprime que dans les langues locales ou langues du terroir, dans quelle langue communiquent le prestataire de soins et le patient en situation de communication dans la consultation médicale ? Quels sont les moyens que le prestataire de soins utilise pour se faire comprendre par le ou la patient(e) ?

SENTIMENT ANIMANT LES POPULATIONS AYANT REÇU LES INFORMATIONS SUR LES MALADIES EN LANGUE FRANÇAIS

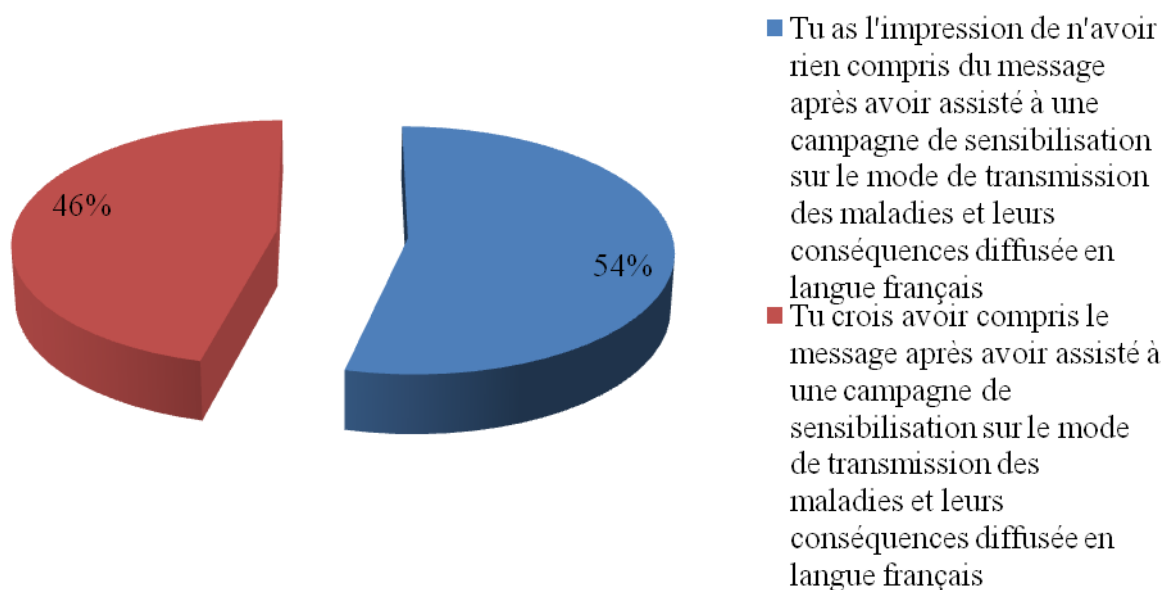


Figure 32 : Pourcentage des réponses sur le sentiment animant les populations moins alphabétisées après avoir assisté à une sensibilisation sur les maladies dans la langue française

Source : Données de l'enquête

Les populations s'exprimant uniquement dans la langue Dan (Yacouba) nous ont confié à **54%** qu'après avoir assisté à une campagne de sensibilisation sur les maladies dans la langue française, elles ont l'impression de n'avoir rien compris du message véhiculé. Par contre, **46%** de cette même population croit avoir compris le message véhiculé après avoir été exposé à une campagne de sensibilisation sur les maladies.

Les populations rurales à l'instar du Dan (Yacouba), lorsqu'elles affirment avoir compris le message véhiculé par une campagne de sensibilisation sur les maladies, c'est que ce message leur a été traduit et expliqué dans la langue locale. À Danané, les campagnes d'informations sur les maladies se déroulent dans la langue française et par la suite, la personne choisie pour traduire dans la langue Dan (Yacouba) prend la parole dans ladite langue en direction de la communauté Dan (Yacouba). Tant que cela n'est pas fait, elle ne parvient pas à comprendre le message.

NIVEAU DE COMPREHENSION DES POPULATIONS DE DANANÉ DE LA LANGUE DAN (YACOUBA)

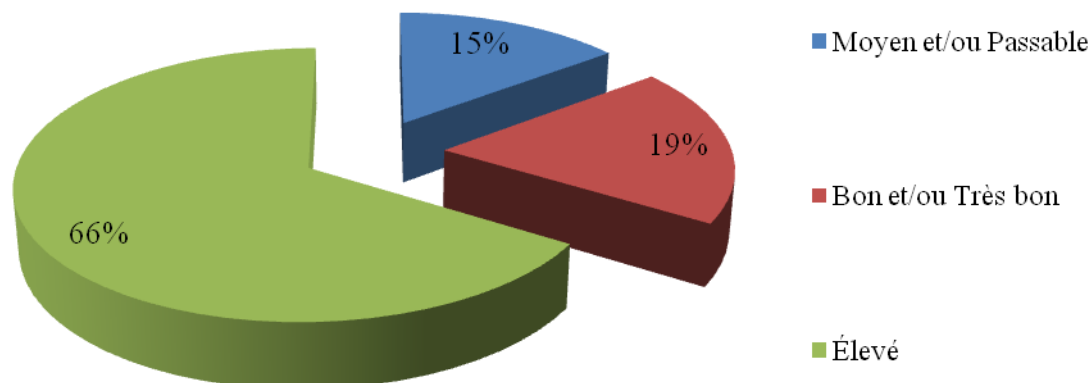


Figure 33 : Pourcentage du niveau de compréhension de la langue Dan (Yacouba)

Source : Données de l'enquête

Les populations que nous avons interrogées sont des Dan (Yacouba). Mais quel est leur niveau de compréhension de la langue Dan (Yacouba) ? C'est ce que nous nous sommes attelés à mesure, à connaître.

- **66%** des enquêtés ont un niveau élevé dans le parler de la langue Dan (Yacouba) ;
- **19 %** nous ont dit avoir un bon et/ou très bon niveau dans la pratique de la langue Dan (Yacouba) ;
- **15%** ont un niveau moyen et/ou passable dans la pratique de la langue Dan (Yacouba).

Lorsqu'on observe ces données, nous constatons que les personnes interrogées ont un niveau plus ou moins élevé dans la pratique de la langue Dan (Yacouba). Par contre, les personnes qui ont un niveau moyen ou passable dans la pratique de la langue Dan (Yacouba), elles sont alphabétisées et/ou sont à l'école. Du coup, elles ont tendance à négliger le Dan (Yacouba) et laissent la langue française prendre le dessus sur celle-là.

EFFETS DE LA DIFFUSION DES INFORMATIONS SANITAIRES EN LANGUE DAN (YACOUBA) SUR LES POPULATIONS DE DANANÉ

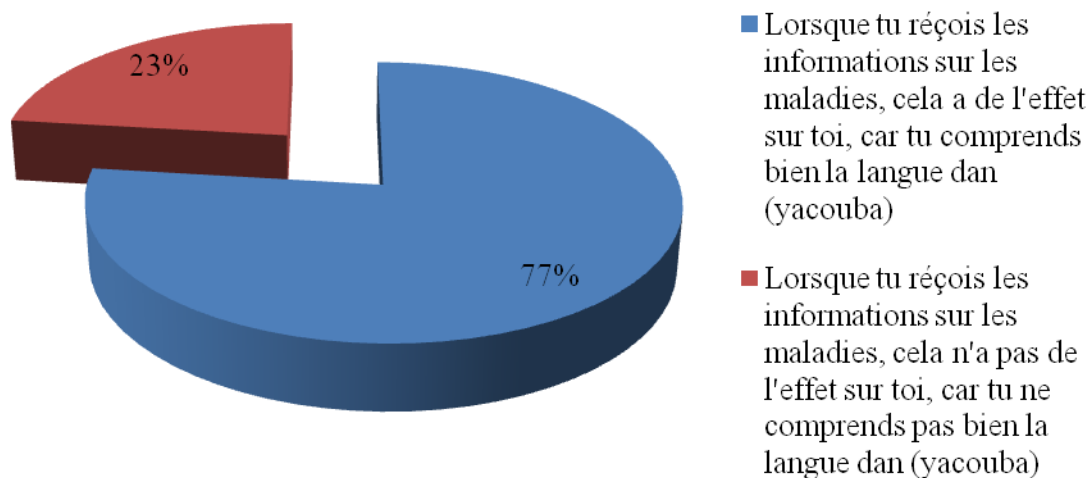


Figure 34 : Pourcentage de l'effet des campagnes de sensibilisation sur les maladies dans la langue locale sur les Dan (Yacouba)

Source : Données de l'enquête

Les populations que nous avons interrogées ont dans une grande majorité (**77%**) affirmé que lorsqu'elles reçoivent les informations ou qu'elles sont sensibilisées dans leur langue maternelle qu'est le Dan (Yacouba), cela a de l'effet sur elles dans la mesure où elles comprennent mieux le message.

Par contre, une frange de cette population a avancé à **23%** que les informations sanitaires données dans la langue Dan (Yacouba) n'a pas de l'effet sur elle. La raison est toute simple : elle ne comprend pas bien le Dan (Yacouba) et donc donner les informations dans cette langue à une personne qui comprend le français c'est produire le même effet que lorsqu'on donne une information dans la langue française à une personne non alphabétisée : c'est un sentiment *d'incompréhension* et *d'inertie* qui envahiront le destinataire du message.

5.1.1.4. FORCES, FAIBLESSES ET OPPORTUNITÉS DE LA LANGUE DAN (YACOUBA)

Faiblesses de la langue Dan (Yacouba)

DANS LA LANGUE DAN (YACOUBA), TOUTES LES MALADIES ONT-ELLES DES TERMINOLOGIES ?

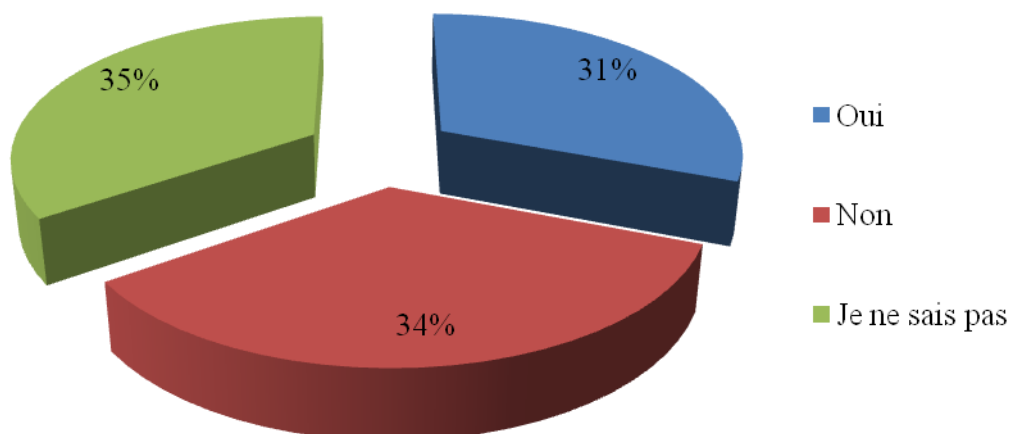


Figure 35 : Pourcentage des avis sur l'existence de terminologies de toutes les maladies dans la langue Dan (Yacouba)

Source : Données de l'enquête

Dans la langue Dan (Yacouba), il existe des terminologies des maladies, cependant est-ce toutes les maladies qui ont des terminologies dans la langue Dan (Yacouba) ? La réponse à cette question nous a donné les tendances suivantes :

- **34%** des Dan (Yacouba) nous ont confié qu'il ne saurait exister des terminologies de toutes les maladies dans la langue sus-mentionnée. Seulement quelques maladies ont des terminologies dans la langue Dan (Yacouba) ;
- **31%** de cette même population nous ont répondu par l'affirmatif. Toutes les maladies ont bien des terminologies dans la langue Dan (Yacouba) ;
- **35%** de la cible a préféré ne pas répondre à cette question.

De ce qui précède, nous notons que les maladies ont des terminologies dans la langue Dan (Yacouba) mais pas toutes les maladies. La fabrication des terminologies de maladies dans cette langue est complexe et repose sur plusieurs principes qu'il faille maîtriser. Le plus souvent ce sont les praticiens de la médecine traditionnelle qui parviennent à créer et à diffuser les terminologies eu égard au fait qu'ils sont constamment en train de fouiller, de rechercher des remèdes aux maladies. Donc, il faille qu'ils maîtrisent la manifestation des maladies.

IL T'ARRIVE D'AVOIR HONTE LORSQUE TU PARLES LA LANGUE DAN (YACOUBA)?

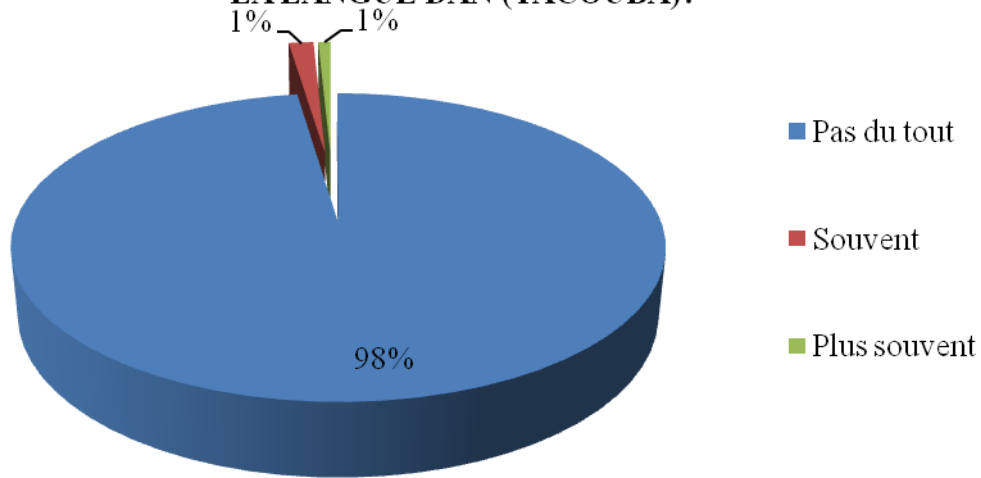


Figure 36 : Pourcentage du sentiment animant la personne qui parle le Dan (Yacouba)

Source : Données de l'enquête

La grande majorité (**98%**) des personnes qui parlent la langue Dan (Yacouba) n'ont pas du tout honte lorsqu'elles s'expriment dans cette langue vernaculaire. Par contre, **1%** de cette population qui a souvent et/ou plus souvent honte lorsqu'elle s'exprime dans la langue Dan (Yacouba).

Il nous a été donné de constater que les Dan (Yacouba) rencontrés à Danané n'ont ou ne ressentent aucun complexe lorsqu'ils utilisent la langue locale pour communiquer au quotidien. Les personnes qui ont hontes sont celles-là qui ont du mal à s'exprimer dans la langue d'où elles craignent les moqueries ou railleries de leur entourage.

QUELLE EST LA LANGUE QUE TU COMPRENDS LE MIEUX?

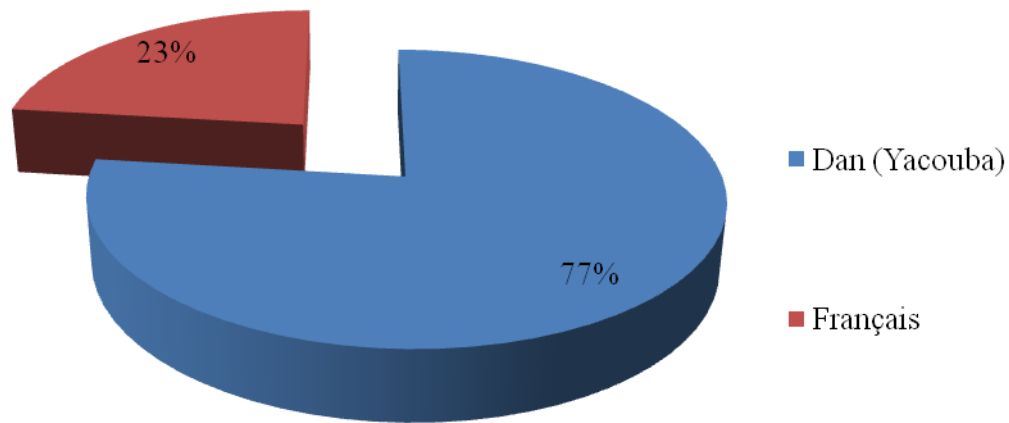


Figure 37 : Pourcentage de la langue la mieux comprise par les Dan (Yacouba)

Source : Données de l'enquête

La langue la mieux comprise dans le département de Danané par les populations est à **77%** le Dan (Yacouba) contre **23%** pour la langue française.

Dans les zones rurales, les habitants ne sont pas corrompus au niveau langagier avec le français contrairement aux zones urbaines où c'est le français qui souvent règne. Ainsi, la culture est-elle plus conservée dans les contrées rurales que dans celles dites urbaines.

L'Afrique est un continent où l'oralité a une place prépondérante par rapport à l'écriture et la transmission des savoirs dans la société traditionnelle se déroule dans les langues du terroir ainsi toutes les vertus ou valeurs sont conservées et transmises de génération en génération de sorte à les pérenniser.

QUELLE LANGUE UTILISES-TU POUR COMMUNIQUER LE PLUS SOUVENT AU QUOTIDIEN, EN FAMILLE OU AVEC TON ENTOURAGE ?

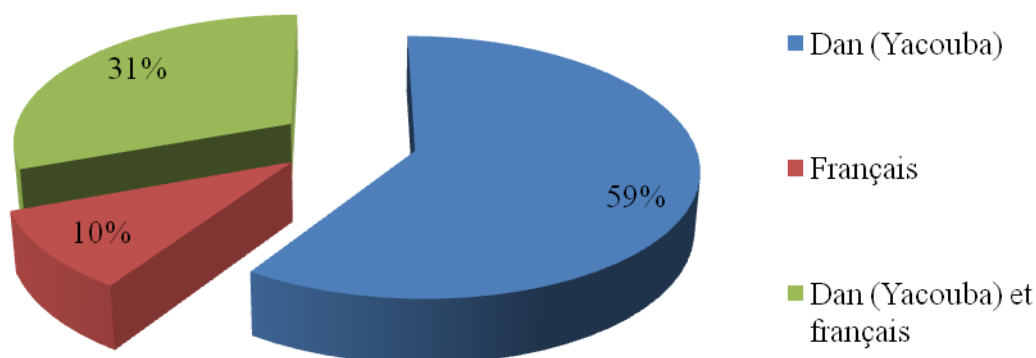


Figure 38 : Pourcentage de la langue utilisée au quotidien avec la famille et l'entourage

Source : Données de l'enquête

La figure ci-dessus, nous montre la langue ou le « code » que les populations Dan (Yacouba) utilisent dans la communication au quotidien pour échanger entre eux, la famille et surtout l'entourage. De façon journalière, le Dan (Yacouba) utilise à une fréquence régulière soit **59%** sa langue maternelle pour communiquer tout d'abord avec les membres de sa famille proche puis sa famille élargie et enfin son entourage (amis et autres) qui comprend la langue et qui n'éprouve aucune gêne à la parler.

Par ailleurs, il nous a été donné de constater qu'à côté du Dan (Yacouba), les plus lettrés ou comprenant plus ou moins le français et le Dan (Yacouba) vont un mélange desdites langues dans leur communication au quotidien à l'endroit de leurs semblables. Le pourcentage exprimant cette frange de la population est de **31%**. De la sorte, l'on constate qu'avec ce groupe, la langue locale est sans cesse diluer ce qui donne une nouvelle langue.

Enfin, **10%** des Dan (Yacouba) utilisent le français uniquement au quotidien pour communiquer avec leur entourage. Ces personnes s'adonnant à ce genre de pratique sont cela qui ne comprennent même pas le Dan (Yacouba).

En clair, chacun utilise la langue dans laquelle il se sent mieux, à l'aise pour communiquer avec l'autre qui s'inscrit également dans cette même veine ou ordre d'idées.

5.1.1.5. EXPOSITION AUX MÉDIAS

MOYENS DE COMMUNICATION DONT DISPOSENT LES POPULATIONS DE DANANÉ

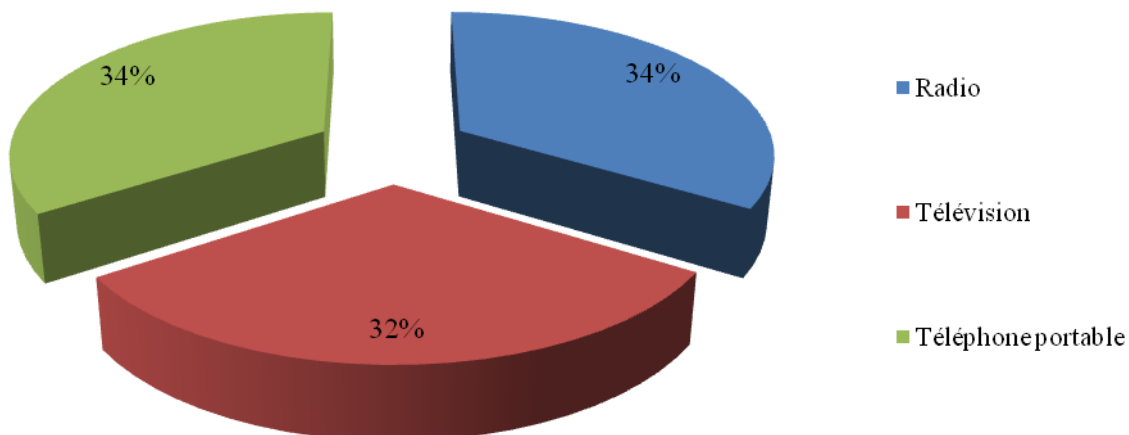


Figure 39 : Pourcentage des moyens de communication chez les populations rurales Dan (Yacouba)

Source : Données de l'enquête

Pour entrer en communication avec autrui, il faut bien utiliser un moyen de communication. Pour atteindre une cible donnée en matière de communication, recourir à un ou plusieurs objets (moyens) est un impératif. Ainsi, des objets (appareils électro-ménagers) sont commercialisés dans les rues à l'endroit des populations, qu'elle soit rurale ou urbaine ; alphabétisée ou non-alphabétisée. À Danané, cela est de mise :

- **34%** de la population détient en sa possession un transistor (radio) ;
- **34%** procède aussi chacun au moins un téléphone portable ou mobile ;
- **32%** ont une télévision à leur domicile.

Lorsqu'on observe le paysage de la communication en Côte d'Ivoire, le téléphone portable, la télévision et surtout la radio ont envahi tous les milieux de vie des populations. De la sorte, toute personne ne disposant pas de ces trois (3) objets est considérée comme un pauvre ou une personne qui n'a même pas du tout le minimum. Du coup, le nombre de personnes procédant ces objets ne cesse d'augmenter.

**MOYENS DE COMMUNICATION LES PLUS UTILISÉS PAR LES
PRESTATAIRES DE SOINS POUR DONNER LES
INFORMATIONS SUR LES MALADIES DANS LA VILLE DE
DANANÉ ET LES VILLAGES ENVIRONNANTS**

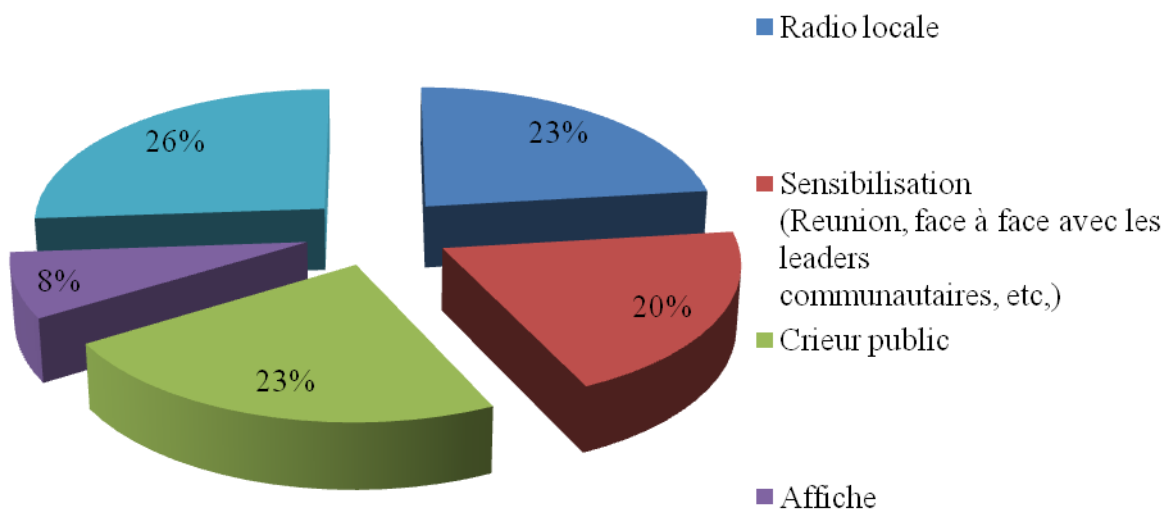


Figure 40 : Pourcentage des moyens utilisés par les agents de santé pour véhiculer les informations sur les maladies à Danané.

Source : Données de l'enquête

À Danané, les moyens de communication que les prestataires de soins utilisent pour informer la population sur les maladies sont :

- À **26%**, les agents et responsables sanitaires recourent tout d'abord aux agents de santé communautaires pour véhiculer les informations aux Dan (Yacouba) sur les maladies.
- Ensuite, les agents utilisent à **23%** les radios locales pour informer la population de Danané sur les maladies. La ville de Danané dispose de deux (2) radios locales à savoir : radio energie et Danané FM.
- **23%** également pour le crieur public que les Dan (Yacouba) traduisent par le terme « Nowomin ». les responsables de la santé de la zone recourent à ce moyen pour espérer toucher une quantité importante de la population de Danané et de ces environs dans la diffusion des informations sur les maladies.
- Par ailleurs, les responsables sanitaires de Danané recourent à **20%** à la sensibilisation (Réunions, face à face avec les leaders communautaires, etc.) pour donner les messages visant la sauvegarde de la santé.

- Les affiches sont en dernier recours utilisées par les agents de santé pour informer les personnes vivant dans le département de Danané. À **8%**, ils l'ont mentionné dans leurs réponses à la question.

L'analyse de ces données nous permet de constater qu'à Danané divers moyens de communication sur les maladies sont utilisés par les responsables et agents de santé pour informer les habitants de cette ville et les villages de ce département. Cependant, le moyen le plus utilisé par ses derniers est *les agents de santé communautaire* qui sont dans cette ville les premier relais des prestataires de soins et des responsables de santé auprès des populations.

Les ASC sont choisis dans la communauté Dan et formés sur les maladies ; puis une fois leur formation terminée : ils sont renvoyés vers les siens pour leur communiquer les informations sur les maladies dans la langue locale de la communauté et surtout ils sont également chargés de surveiller les agissements de la cible en matière de santé.

MOMENT OÙ LES POPULATIONS DE DANANÉ ÉCOUTENT LA RADIO

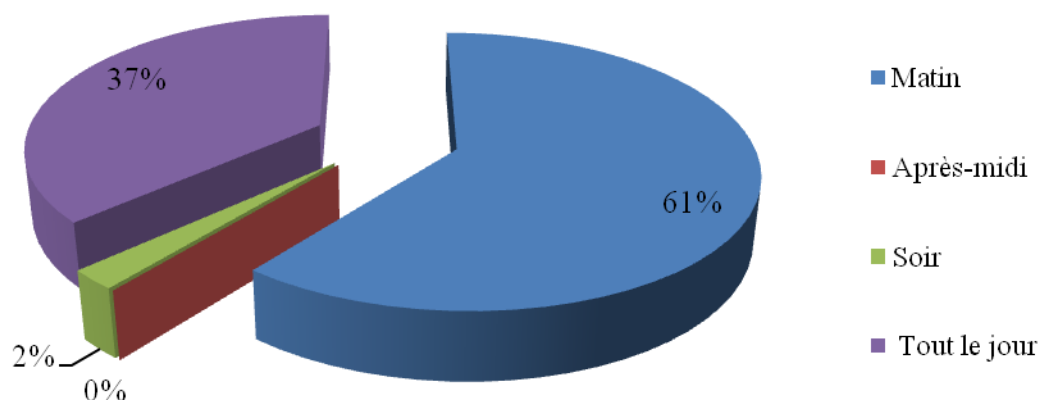


Figure 41 : Pourcentage indiquant le moment de la journée où la cible écoute la radio

Source : Données de l'enquête

Les Dan sont devant leur poste transistor (radio) le matin. Le pourcentage des personnes qui écoutent la radio dans *la matinée* est de **61%** contre **37%** de la même population qui écoute la radio *tout le jour durant*.

2% de notre cible écoute la radio uniquement que *le soir*. Cela est presque insignifiant dans nos données.

Le moment de la journée où les hommes et les femmes Dan allument leur transistor pour recueillir des informations : c'est le matin. Elle estime (la cible) que c'est à cette période de la journée que leur esprit est disposé à capter et à retenir les informations du pays et partant de la localité où elle réside. De plus, vu que c'est un nouveau jour qui s'annonce, les informations aussi sont toutes ou presque nouvelles, fraîches.

À LA RADIO, ÉCOUTES-TU LES ÉMISSIONS QUI PARLENT DE LA SANTÉ

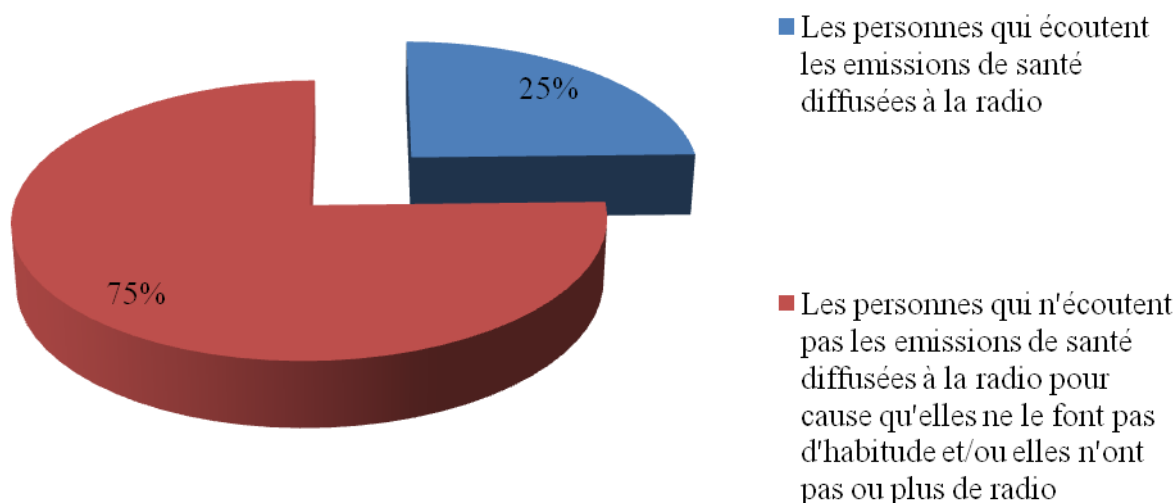


Figure 42 : Pourcentage des personnes qui écoutent les émissions de santé diffusée à la radio
Source : Données de l'enquête

À Danané, les émissions de santé que les radios diffusent ne sont guère écoutées par les populations dudit département. **75%** des Dan nous ont confié de ne pas avoir pris l'habitude d'écouter les émissions qui traitent du terme des maladies (santé) via la radio sauf en période de crise sanitaire ; et/ou ils ne possèdent pas ou plus de poste transistor (radio).

À côté de cette frange de la population, il y a des Dan qui à **25%** écoutent les émissions de santé véhiculées ou diffusées à la radio.

À l'analyse, il nous a été donné de remarquer lors de notre séjour à Danané que notre échantillon est plus portée sur les émissions de variété (musique, concours de danse etc.) diffusées à la radio que toute autre émissions. De plus, il y a certaines personnes qui estiment que la radio ne diffuse rien de bon, aucune émission qui pourrait attirer ou retenir leur attention : cela, nous le mettons sur le côté psychologique de ses personnes-là. Elles se font une mauvaise représentation de la radio dans son ensemble. du coup, cette partie de la population estime que ce n'est pas de ce canal qu'elle ira tirer ou recevoir tous types d'informations.

À QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE, REGARDES-TU LA TÉLÉVISION ?

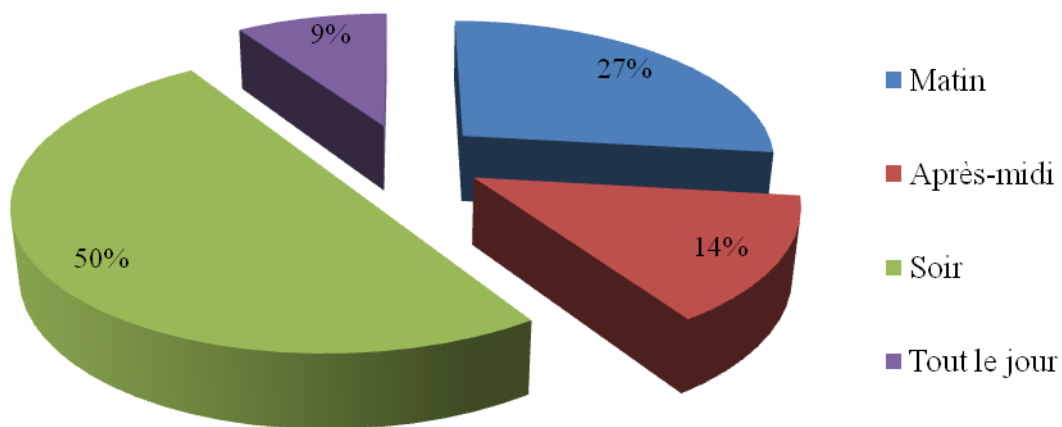


Figure 43 : Pourcentage de personnes qui regardent la télévision à Danané
Source : Données de l'enquête

Dans la région de Danané, les Dan sont devant leur poste téléviseur à **50%** *le soir* contre **27%** qui y sont *le matin*.

Par ailleurs, **14%** des populations de Danané se retrouvent à regarder la télévision *l'après-midi* quand pour **9%** c'est *tout le jour* qu'ils sont scotchés devant leurs téléviseurs.

Les habitants de Danané sont en grande majorité devant leur télévision que le soir car c'est à ce moment de la journée qu'ils ont le plus de temps et sont disposés à écouter et surtout à comprendre ce qui se dit avant de se reposer de la fatigue encourue le matin dans l'exercice de leur activité professionnelle. Et cela est de mise de manière récurrente dans cette partie de la Côte d'Ivoire.

À LA TÉLÉVISION, REGARDES-TU LES ÉMISSIONS DE SANTÉ ?

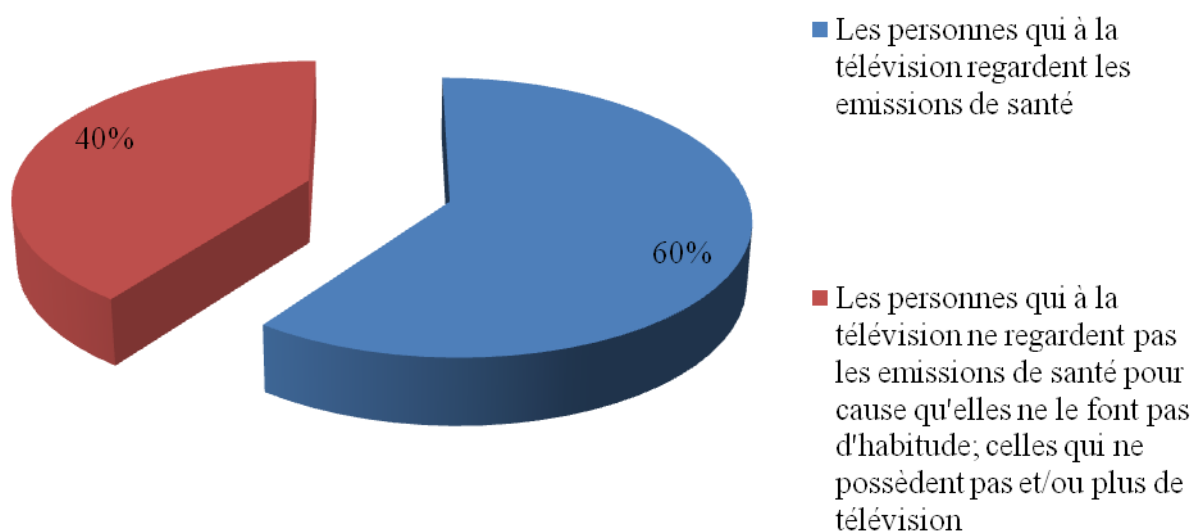


Figure 44 : Taux d'audience des émissions de santé diffusées à la télévision chez les Dan (Yacouba) à Danané

Source : Données de l'enquête

Les populations Dan (Yacouba) que nous avons rencontré à Danané ont répondu à la question « À la télévision, regardes-tu les émissions de santé ? » Pour elles, la télévision est plus ou moins un matériel important pour eux. Cela se perçoit à travers les données suivantes :

- **60%** des personnes interrogées nous ont dit regarder les émissions de santé à la télévision ;
- **40%** des Dan (Yacouba) ne regardent pas les émissions de santé à la télévision pour cause qu'ils ne le font pas d'habitude et aussi, il y a certains qui ne possèdent pas ou plus de poste téléviseur (soit il est endommagé, soit il a été volé, etc.)

Lorsqu'on observe les données, un constat se fait jour, celui du fait que les émissions de santé sont suivies par les populations de Danané. Cependant, il convient de préciser que cette situation est née à la faveur de la maladie à virus ébola car cette maladie est méconnue du grand public ivoirien du coup le moyen ou l'endroit ces populations espéraient avoir des informations : c'est la télévision où l'État de Côte d'Ivoire diffusait les caractéristiques et conséquences de la maladie, les mesures d'interdiction pour l'éviter. Pour preuve, la ville abritait jusqu'à notre passage, l'endroit où les éventuels personnes qui seraient atteintes de cette maladie allaient être mises en quarantaine loin des membres sains (Centre d'isolation et traitement des malades

d'Ebola). Tout cela a suscité des craintes chez la population qui voulait en savoir davantage et la télévision s'avère, selon elle, être le moyen par excellence.

RÉCÉPTION DES SMS ET/OU APPELS DES MAISONS DE TÉLÉPHONIE

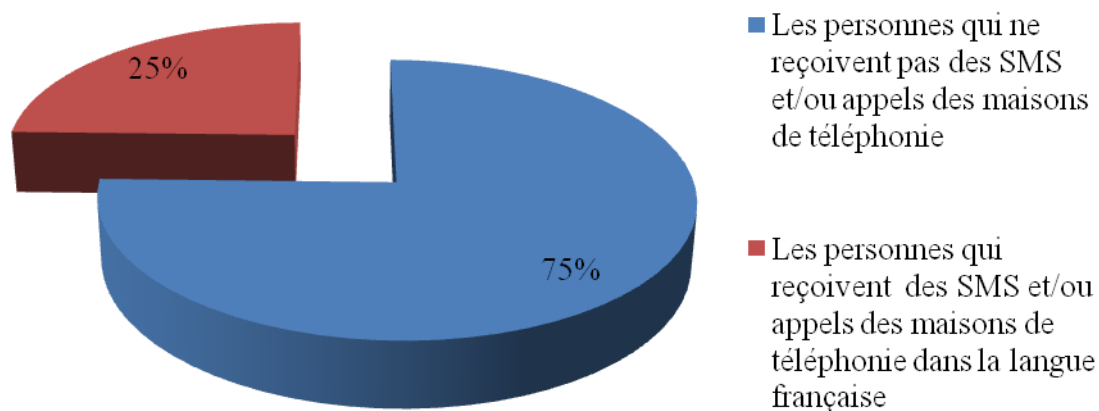


Figure 45 : Pourcentage de réception des sms et/ou appels des maisons de téléphonie de la part des populations.

Source : Données de l'enquête

La population de Danané reconnaît à **75%** ne pas recevoir des sms et/ou appels des maisons de téléphonie sur leurs téléphones mobiles. Par contre, **25%** nous ont dit qu'ils reçoivent des sms et/ou appels des maisons de téléphonie et cela se déroule dans la langue française.

Les messages que disent recevoir une frange de notre échantillon sont des sms et des appels téléphoniques d'invitation à adhérer à un service de surveiller ou de maintien de sa santé mis en place par les maisons de téléphonie. Ces messages ne sont pas diffusés de façon régulière et n'intervient qu'en période de crise sanitaire ou de flambée d'une maladie comme ce fut le cas de la maladie à virus Ebola survenue dans les pays limitrophes de la Côte d'Ivoire (Guinée, Libéria et Sierra Leone).

5.1.2. LES DÉPARTEMENTS DE FACOBLY ET KOUIBLY

5.1.2.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

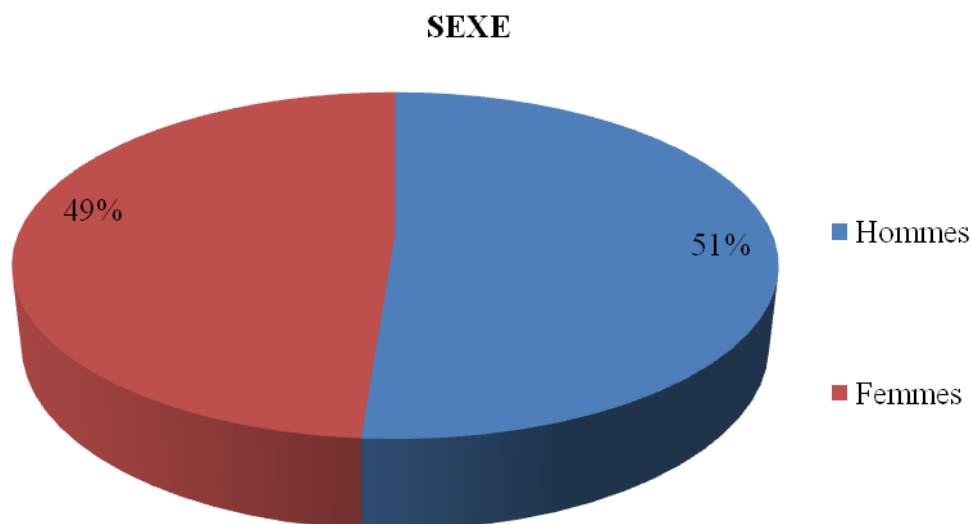


Figure 46 : Pourcentage des sexes ou personnes interrogées dans les départements de Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

Dans les départements de Facobly et Kouibly, nous avons interrogé, dans la mesure du possible, autant de femmes que d'hommes. S'agissant du dernier sexe cité, nous avons un taux de **51%** sur l'ensemble de notre échantillon. Par contre, s'agissant du sexe féminin, le taux s'élève à **49%** de notre cible.

Se voulant une étude transversale, nous avons souhaité donner la parole à tout le monde de sorte à ce que tous les avis ou presque soient retenus. Cela nous permettra d'avoir une idée claire et précise de ce que pensent réellement les populations de ces deux (2) localités où vive le peuple Wê (Wôbé).

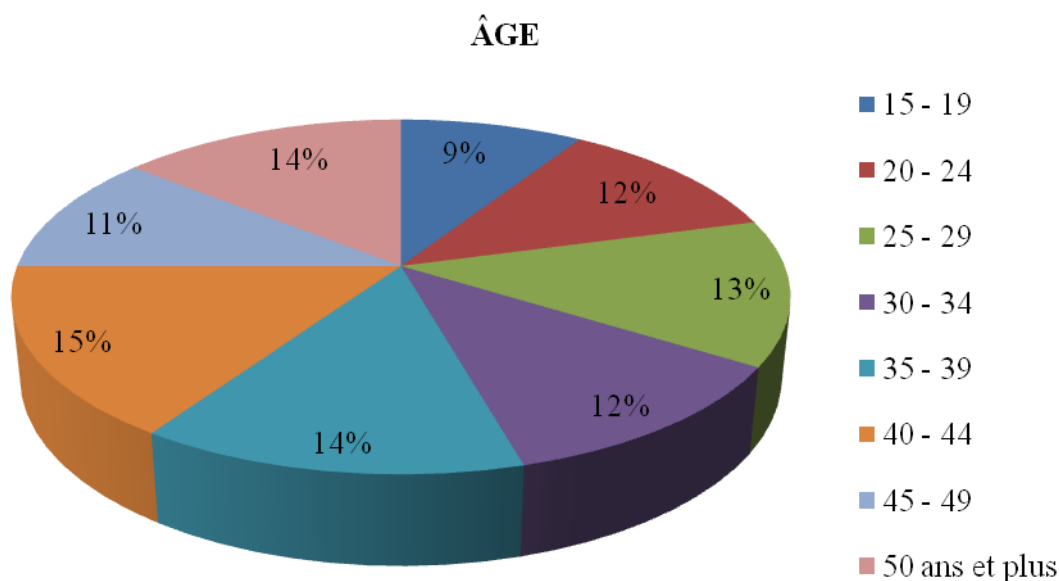


Figure 47 : Pourcentage des âges des personnes interrogées à Facobly et Kouibly
Source : Données de l'enquête

À Facobly et Kouibly, les personnes rencontrées sont issues de différentes classes d'âges. Ainsi, pouvons-nous lire sur ce camembert que :

- **9%** des enquêtés ont un âge compris entre 15 et 19 ans ;
- **12%** ont leur âge qui se range dans la tranche 20 - 24 ans ;
- **13%** des populations de Facobly et Kouibly ont un âge qui se situe dans la tranche 25 - 29 ans ;
- **12%** des personnes interrogées dans ces localités ont l'âge qui est à inscrire dans la fourchette 30 - 34 ans ;
- par contre, les personnes qui ont un âge compris entre 35 et 39 ans représentent **14%** de l'effectif total de notre échantillon ;
- de plus, dans la tranche 40 - 44 ans, les personnes ayant un âge qui entre dans cette tranche constituent **15%** ;
- quand, **11%** des habitants de Facobly et Kouibly ont un âge qui oscille entre 45 et 49 ans ;
- et enfin, les personnes de 50 ans et plus représentent à elles seules, 14% de l'effectif total de l'échantillon de notre étude.

À l'analyse, nous constatons que le régime ou la structure des âges des populations de Facobly et Kouibly est varié dans l'ensemble. les avis de toutes les tranches d'âges de ces localités ont été

invitées à donner leurs avis sur le thème de notre étude et les réponses aux différentes questions figurant sur le questionnaire à eux remis lors de nos passages dans ces localités.

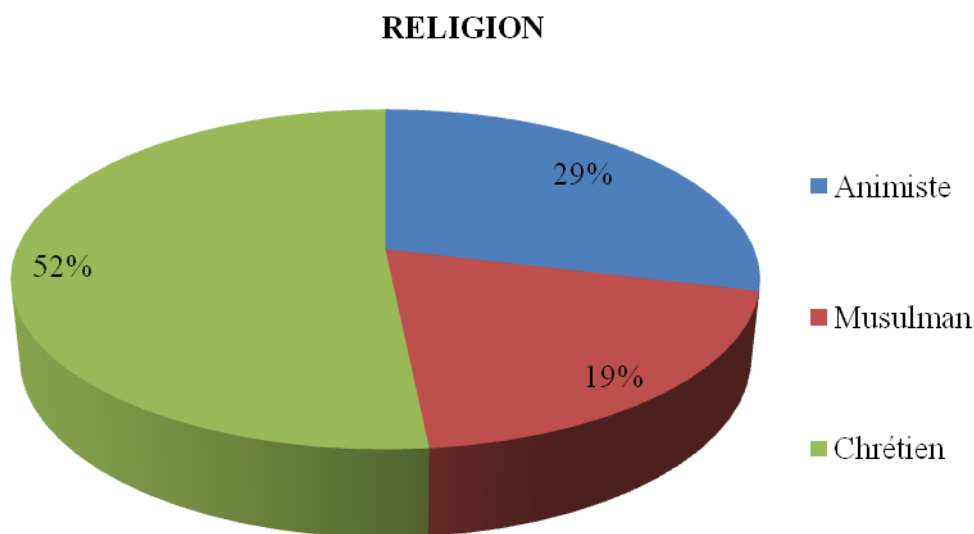


Figure 48 : Pourcentage des personnes ayant ou pratiquant une religion
Source : Données de l'enquête

Les habitants de Facobly et Kouibly que nous avons interrogées pratiquent des religions. Elles sont pour l'essentiel à **52%** issues de la *religion chrétienne*. Les personnes qui n'ont aucune religion ou si l'on veut qui sont *des animistes*, constituent **29%** de notre population totale. Par contre, les musulmans s'élèvent à **19%** dans notre échantillon.

Comme nous le constatons, les personnes rencontrées pratiquent diverses religions. La religion est dans ces contrées un refuge pour les personnes qui la pratiquent. Alors mener une étude sur la représentation que se font les populations des maladies et sans tenir compte de cet aspect (la religion), les résultats de l'étude peuvent être biaisés.

ÉTAT MATRIMONIAL

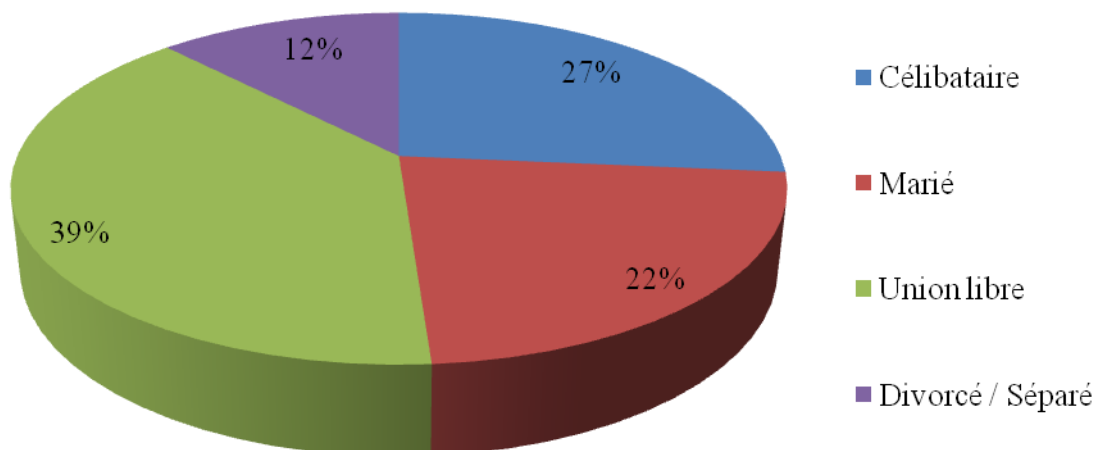


Figure 49 : Pourcentage de la situation matrimoniale des habitants de Facobly et Kouibly
Source : Données de l'enquête

Les données sur la situation matrimoniale des habitants recueillies dans les départements de Facobly et Kouibly nous donnent les chiffres suivants :

- **39%** des habitants pratiquent une union libre ;
- **27%** sont des célibataires ;
- quand **22%** sont mariés ;
- et **12%** des divorcé(e)s ou séparé(e)s.

À l'analyse, les habitants rencontrés sont dans leur majorité pratiquent une union libre avec leur conjoint(e). Pour cette population à majorité rurale et non alphabétisée, le mariage traditionnel ou pratiqué dans la pure tradition a valeur de mariage au même titre que celui pratiqué dans les mairies de nos localités d'où point n'est besoin d'effectuer à nouveau une union devant qui que ce soit d'autre.

NIVEAU D'INSTRUCTION

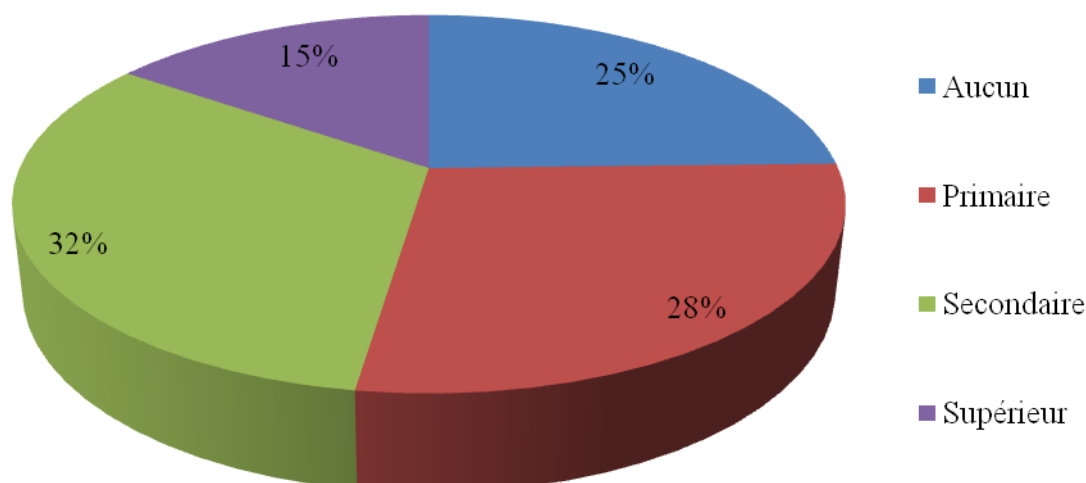


Figure 50 : Pourcentage du niveau d'instruction des habitants de Facobly et Kouibly
Source : Données de l'enquête

Le camembert ci-dessous nous donne de voir les différents chiffres du niveau d'instruction des populations de Facobly et Kouibly.

- **38%** de cette population a un niveau qu'est le secondaire ;
- **28%** ont un niveau primaire ;
- contre **25%** qui n'ont aucun niveau d'instruction ;
- et **15%** ont un niveau supérieur.

Les personnes rencontrées ont des niveaux d'instruction divers. Elles sont dans leur majeure partie alphabétisée, instruites. Le niveau d'étude qu'elles ont atteint est la quatrième (4^{ème}) ou la troisième (3^{ème}). De ce qui précède, les populations de Facobly et Kouibly ont un niveau secondaire et capable de produire une pensée plus ou moins poussée sur tout type de sujet à eux proposé.

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

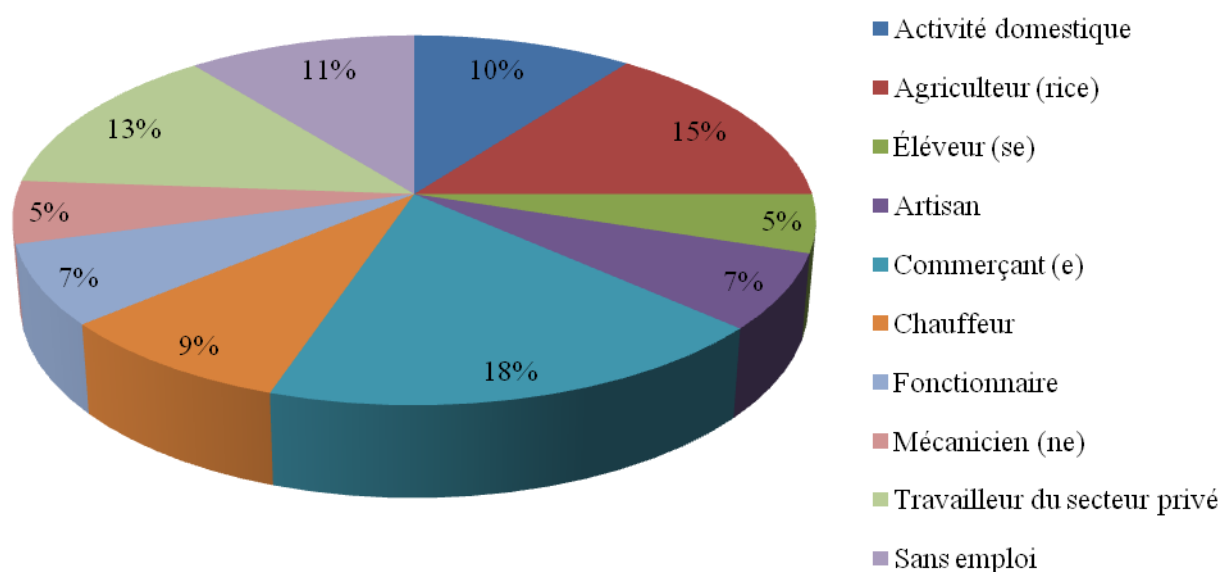


Figure 51 : Pourcentage des activités professionnelles exercées par les populations de Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

À Facobly et Kouibly les populations interrogées exercent des activités professionnelles diverses. C'est ce que nous montre le camembert ci-dessus. Ainsi,

- **18%** ont pour activité le commerce ;
- **15%** sont des agriculteurs ou agricultrices ;
- **13%** de la population sont issus du secteur privé (Vigiles, agents contractuels des mairies, etc.) ;
- **11%** sont sans emploi ;
- et **10%** exercent les activités domestiques.

Par ailleurs, nous avons des données en dessous de 10% qu'il convient de mentionner :

- **9%** sont des chauffeurs ;
- **7%** sont des artisans (couturiers ou couturières, mécaniciens ou mécaniciennes, etc.) et des fonctionnaires ;
- **5%** sont des éleveurs ou éleveuses de volaille, de caprins, etc.

Au total, il nous a été donné aussi de constater que les activités dans ces localités sont plus variées et constituent le gagne-pain des habitants que nous avons rencontrés. « Une personne n'ayant pas d'activité est la risée et à la merci des autres qui ont chacun un emploi » nous a-t-on dit.

5.1.2.2. SAVOIRS, CROYANCES ET PRATIQUES DES POPULATIONS À L'ÉGARD DES MALADIES

Savoir des populations sur les maladies

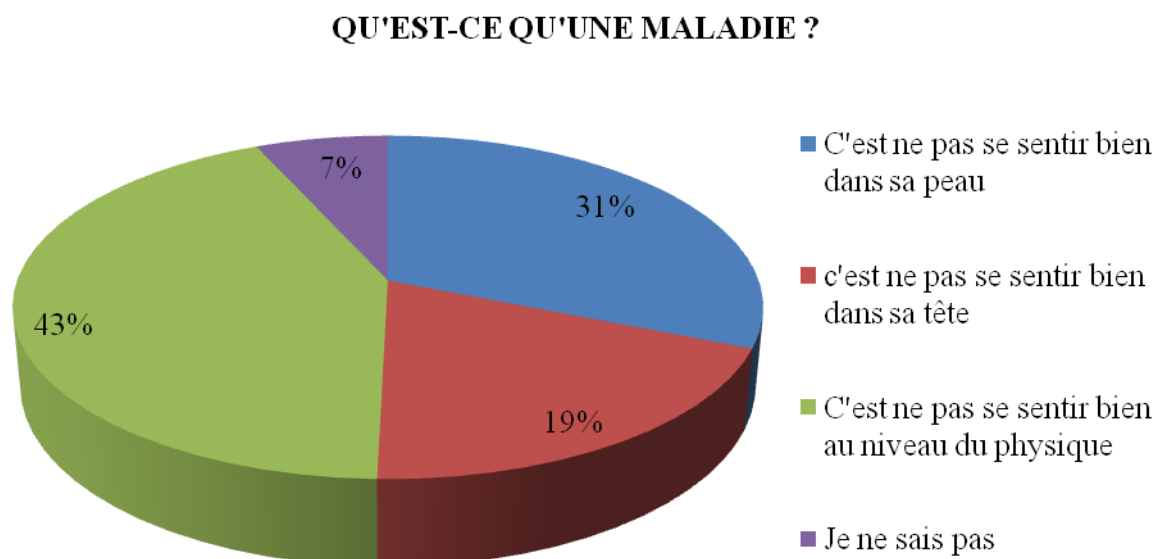


Figure 52 : Pourcentage des réponses des populations sur la définition de la maladie

Source : Données de l'enquête

Les populations se sont prononcés sur la question « qu'est-ce qu'une maladie ? ». Les réponses données sont :

- **43%** estiment que la maladie *c'est ne pas se sentir bien au niveau physique* ;
- **31%** de la population croient, quant à elle, que *c'est ne pas se sentir bien dans sa peau* qui définit au mieux le terme maladie ;
- **19%** de notre échantillon voient plutôt en la maladie *c'est ne pas se sentir bien dans sa tête* ;
- **7%** enfin, ont préféré ne pas apporter de réponse à cette question eu égard à l'embarras et dans l'impossibilité de donner une réponse à cette question.

Les chiffres ainsi présentés expriment une diversité d'opinions quant à la définition du terme *maladie*. Lors de l'administration du questionnaire par nos soins, nous avons constaté une gêne chez les habitants à répondre avec efficacité, précision et autonomie à cette question la raison évoquée : les habitants trouvaient cette question banale voire bizarre le fait que cette question leur soit posée. Pour elles, nous avons déjà la réponse à cette question alors pourquoi cette question ?

En clair, notre cible est plus ou moins sous informée sur les différentes définitions du terme maladie.

La figure ci-dessous présente les réponses que les Wê (Wôbé) ont données à la question suivante : comment contracte-t-on les maladies ? À première vue, nous constatons que les réponses données par ce peuple sont multiple et variées dans l'ensemble.

Les populations Wê (Wôbé) ont une claire conscience de l'origine des maladies même si elle a tendance à confondre facteurs et vecteurs des maladies. Le premier terme cité, c'est les circonstances occasionnant ou favorisant les maladies. C'est le cas du paludisme où le soleil est cité comme élément (agent pathogène) qui donne cette maladie. Une fois que tu as cette maladie en toi et que tu te retrouves sous le soleil, il arrive parfois que tu prennes froid par exemple alors suffit pour cette population pour dire que le soleil donne le paludisme. Quant au vecteur de la maladie, il faut comprendre l'agent pathogène qui est responsable ou donne la maladie. Et cela n'est pas su par les Wê (Wôbé).

Notons aussi que Facobly et Kouibly sont des localités où les infrastructures routières, hydrauliques et sanitaires sont inexistantes (les voiries à Facobly et Kouibly) et vétustes lorsqu'elles existent (l'hôpital général de Kouibly, le centres de santé urbain de Facobly et de Poubly).

Les populations dans l'ensemble n'ont pas accès au service d'eau potable, à une ville digne de ce nom où les services de base sont de qualité et en nombre suffisants (le lycée moderne de Facobly est dans un état de dégradation très avancé tout comme la préfecture qui est abrite les bureaux du préfet de département.)

En clair, ces situations, le cadre de vie de plus en plus malsain de ces villes occasionnent un mal-être et les maladies chez le peuple Wê qui tire ses origines de ces localités avant de s'étendre jusqu'aux portes du Libéria (pays limitrophe à l'ouest de la Côte d'Ivoire).

COMMENT CONTRACTE-T-ON LES MALADIES ?

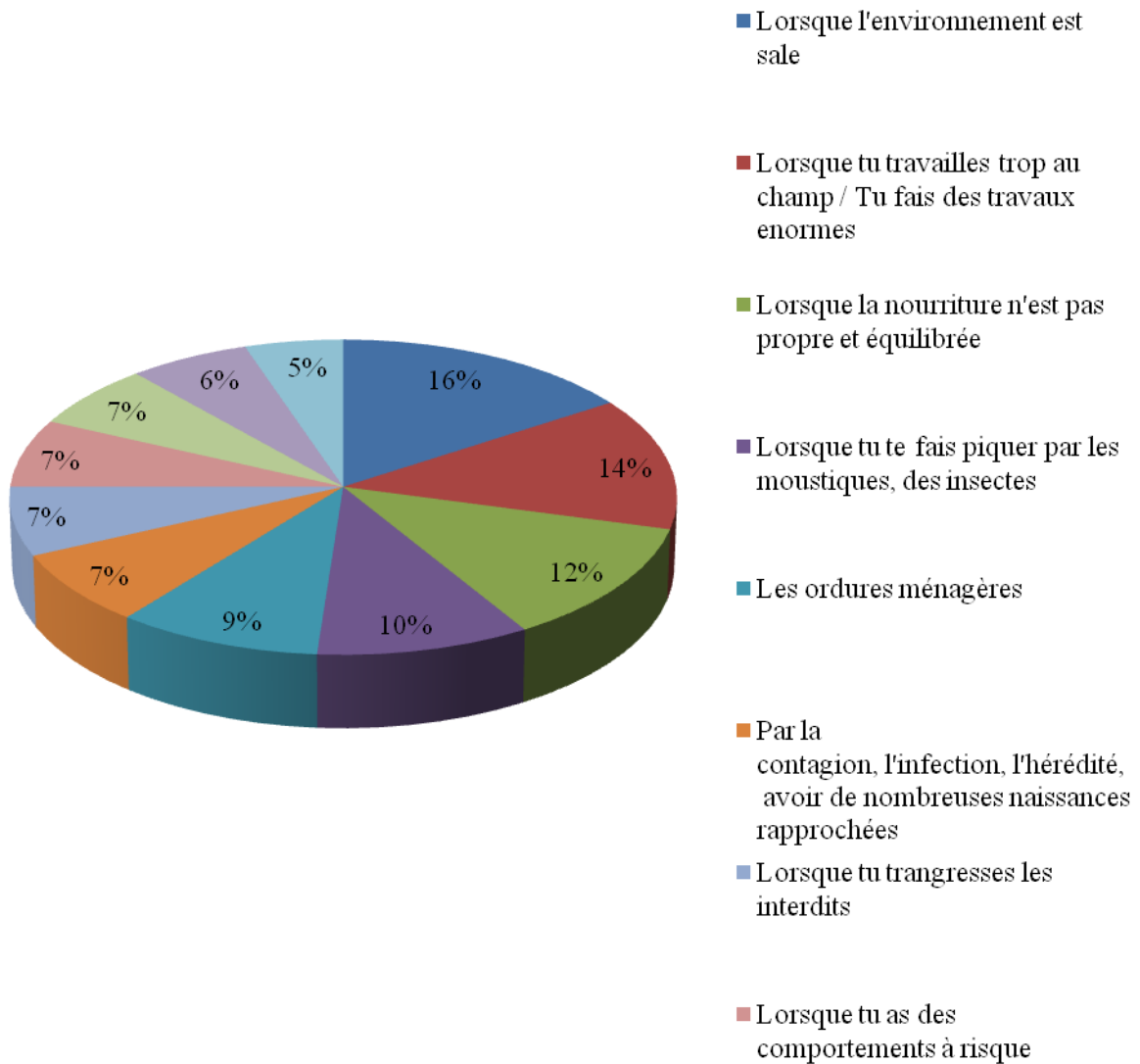


Figure 53 : pourcentage des réponses à la question « comment contracte-on les maladies ? »
Source : Données de l'enquête

LES MALADIES FRÉQUENTES DANS LES LOCALITÉS DE FACOBLY, KOUIBLY ET LES VILLAGES ENVIRONNANTS

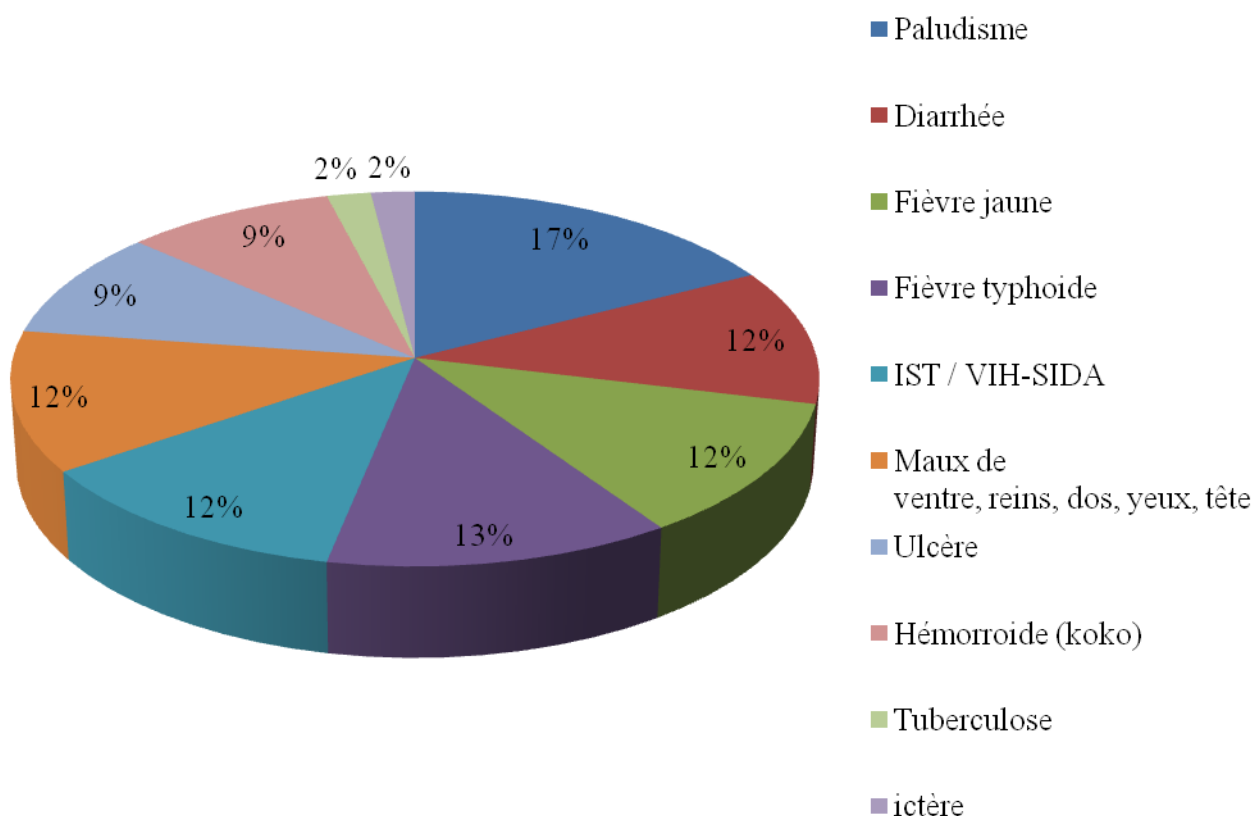


Figure 54 : Pourcentage des maladies fréquentes dans les localités de Kouibly et Facobly
Source : Données de l'enquête

Dans les localités que nous avons visitées à savoir le village ou quartier Bahibly, le village Poubly, le village Koulayéré (département de Kouibly) ; le village Facobly, le village Souébly-Maebly (département de Facobly), les populations Wê (Wôbé) nous ont cité les maladies qui sont récurrentes selon elles dans lesdites zones. Ainsi, le peuple Wê (Wôbé) a dit à :

- **44%** que la maladie la plus fréquente dans les zones c'est *le paludisme et ces variantes* (fièvre jaune, fièvre typhoïde, ictère, etc.) ;
- **12%** les infections sexuellement transmissibles *IST et/ou le VIH-SIDA* ;
- **12%** également ont cité *les maux de ventre, reins, dos, yeux, tête, etc.* ;
- **12%** ont mentionné *la diarrhée* comme une maladie récurrente ;
- **9%** pour l'ulcère et l'hémorroïde (koko en terme local baoulé) ;
- **2%** pour la tuberculose.

L'analyse de ces chiffres nous permettent de constater qu'il y a plusieurs maladies qui selon les populations connaissent ou sont d'une recrudescence (fréquentes) dans leur milieu respectif de vie, d'habitation.

Étant dans une zone tropicale et humide, c'est le paludisme qui se taille le plus fort taux de présence dans le milieu de vie des populations Wê (Wôbé). Pour rappel, le paludisme est une « *maladie parasitaire, endémique dans certaines régions chaudes et humides due à des hématozoaires inoculés dans le sang par la piqûre de moustiques (anophèles) et se manifestant par des accès de fièvre intermittents.*⁵¹ »

À côté de cette pathologie, il y a les maladies que l'on est tenté d'appeler les variantes du paludisme à savoir l'ictère, la fièvre jaune et la fièvre typhoïde (par la piqûre de moustique aédès ou aedes → la fièvre jaune). Celles-ci font moins des ravages dans ces zones par rapport à leur "grande sœur" le paludisme. Tout de même, elles occasionnent ou suscitent une grande peur, crainte chez les populations de façon générale.

Par ailleurs, les IST / VIH-SIDA existent au sein de Wê (Wôbé) des départements de Facobly et Kouibly tout comme la diarrhée et les maux de ventre, tête, dos, dents, reins, etc.

Enfin le taux des personnes atteintes par le bacille de Koch et faisant du coup la tuberculose, est presque insignifiant sur le graphique ci-dessus mais elle est plus ou moins présente chez les populations nous a confié l'infirmier-major du centre de santé urbain de Facobly.

« *La tuberculose est une maladie infectieuse et contagieuse, inoculable, causée par le bacille Koch, commune à l'homme et à certains animaux (bovidés), dont la lésion caractéristique est le tubercule (2°), et qui affecte le plus souvent le poumon.*⁵² »

⁵¹ Le Petit Robert de la langue française, Édition 2014

⁵² Le Petit Robert de la langue française, Édition 2014

CES MALADIES ONT-ELLES DES TERMINOLOGIES DANS LA LANGUE WÊ (WÔBÉ) ?

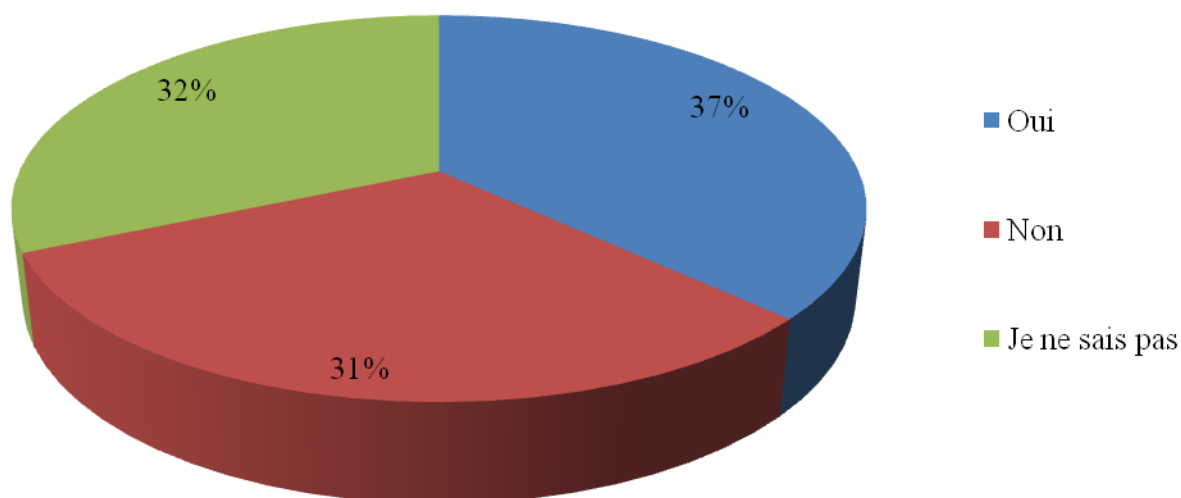


Figure 55 : Pourcentage des réponses à la question « *ces maladies ont-elles des terminologies dans la langue Wê (Wôbé) ?* »

Source : Données de l'enquête

Les réponses des Wê (Wôbé), dans l'ensemble, sont partagées et mitigées. Le graphique qui apparaît ci-dessous nous montre que :

- **37%** pensent qu'il existe des terminologies dans la langue Wê (Wôbé) pour désigner ces maladies là ;
- **32%** pris par l'hésitation, le doute et la non maîtrise de la langue, ont préféré ne pas se prononcer sur cette question ;
- **31%** croient par contre que ces maladies n'ont pas toutes des terminologies dans la langue Wê (Wôbé).

Au regard de ces données, nous comprenons que les populations, dans la grande majorité, croient qu'il existe dans la langue Wê (Wôbé) des termes ou terminologies pour désigner les maladies. Cependant, le problème se situe au niveau de savoir si toutes les maladies ont des terminologies en langue Wê (Wôbé) et leur mode de fabrication de ces terminologies. À ce niveau, les populations interrogées ont manifesté l'impossibilité de pouvoir répondre à cet autre pan de la question. La raison est le fait qu'elles ne s'intéressent pas davantage à la fabrication des termes pour traduire les maladies dans la langue locale Wê (Wôbé).

TU CROIS QUE LA MALADIE EST :

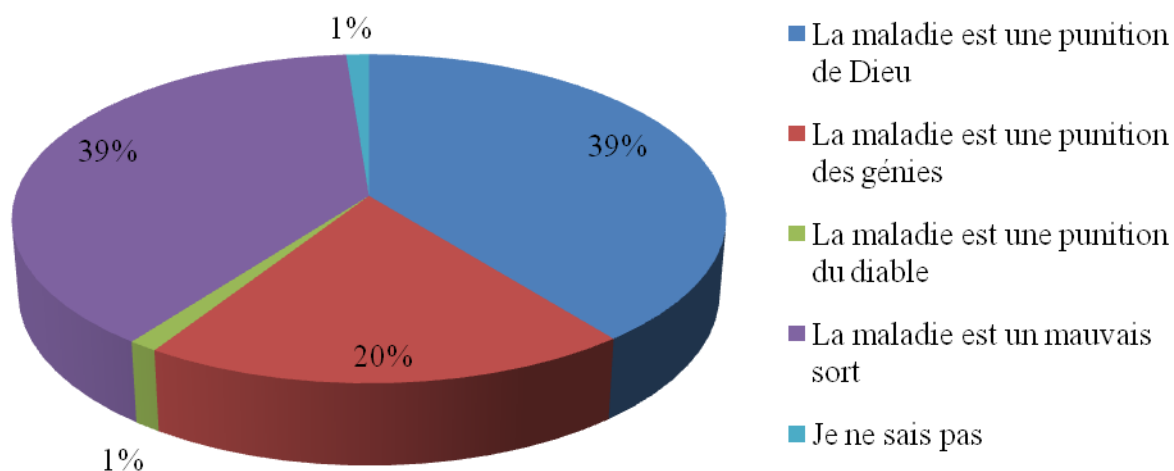


Figure 56 : Pourcentage des croyances sur la maladie chez les populations Wê (Wôbé)
Source : Données de l'enquête

Pour la population Wê (Wôbé) rencontrée, elle croit à **39%** que *la maladie est une punition de Dieu* et également *un mauvais sort*. Par contre, **20%** pensent que *la maladie est une punition des génies* lorsqu'une personne transgresse les interdits dans la société traditionnelle Wê. Enfin, **1%** de cette population dit que *la maladie est une punition du diable* et certaines personnes ont répondu « *je ne sais pas* » à cette question.

Les croyances que les Wê ont des maladies sont multiples. Lorsque la maladie atteint une personne, celle-ci trouve toujours ou attribue la responsabilité du mal qui la ronge à une tierce personne et/ou à une divinité. Jamais elle ne se remet en cause de sorte à comprendre que c'est peut être ses actions qui l'ont mise dans cet état de maladie.

En clair, la maladie, pour notre cible, a toujours une origine extérieure à la personne qui la porte. Dans le cas où la maladie est attribuée à une divinité, cela est dû au fait que les populations croient fortement à une force suprême qui règne dans l'espace dans lequel elles vivent.

COMMENT VOYEZ - VOUS LA MALADIE ?

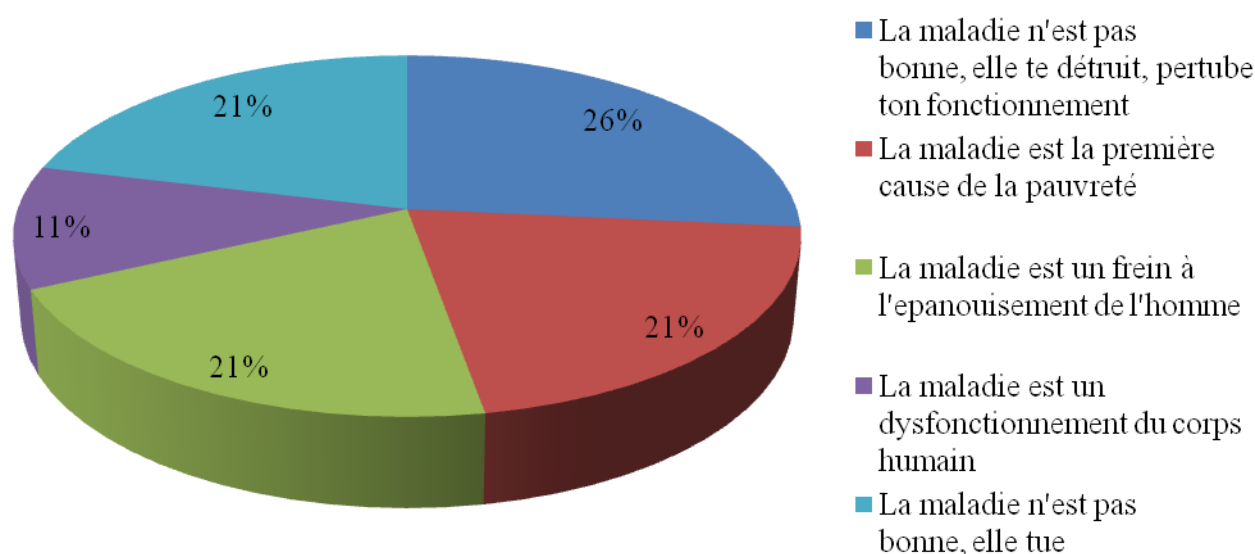


Figure 57 : Pourcentage des réponses des Wê (Wôbé) à la question « comment voyez-vous la maladie ? »

Source : Données de l'enquête

À cette question, il s'agissait pour la population Wê (Wôbé) de donner leur appréciation de la maladie. Elle a, à **26%**, estimé que *la maladie n'est pas bonne* : elle justifie sa réputation par le fait que la maladie détruit l'homme et perturbe son fonctionnement.

Par ailleurs, **21%** de notre cible pense que *la maladie est la première cause de la pauvreté ; elle (la maladie) constitue un frein à l'épanouissement de l'être humain et la maladie n'est pas bonne car elle tue*.

Enfin, **11%** soutient que la maladie, *c'est le dysfonctionnement du corps humain* de manière générale.

En somme, la maladie est diversement appréciée par les Wê (Wôbé). Cependant un constat est clair c'est qu'elle est une chose à haute valeur négative pour la population qui vit dans les zones rurales. C'est une fatalité pour les Wê et pour en sortir, cette population recourt à divers moyens pour la combattre.

COMMENT TROUVES-TU LES PRIX DES PRESTATIONS DE SOINS À L'HÔPITAL OU LE CENTRE DE SANTÉ DE TA LOCALITÉ ?

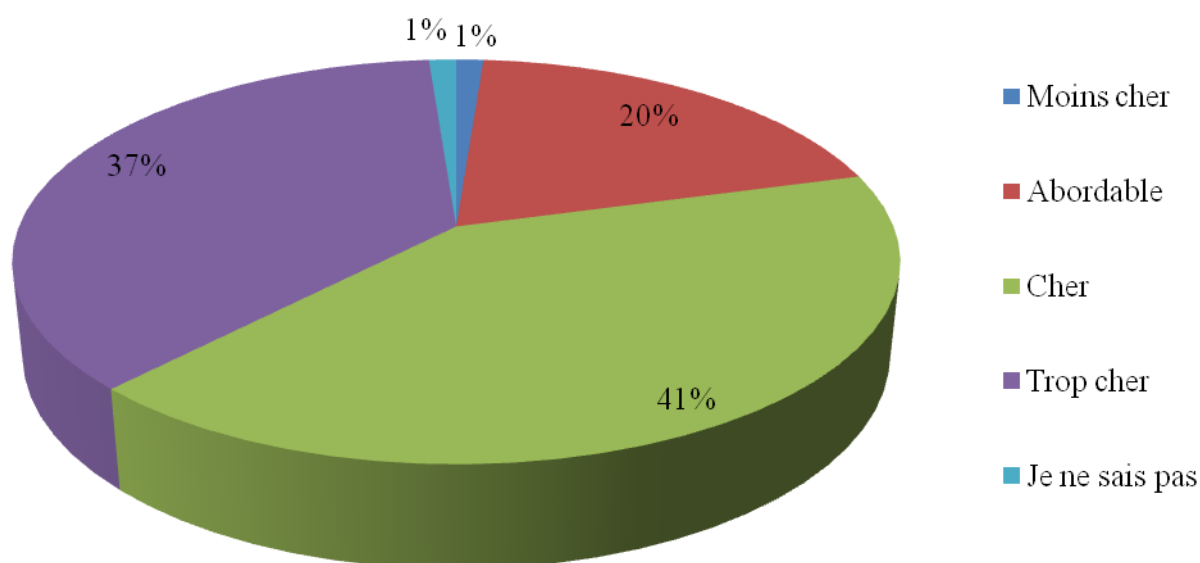


Figure 58 : Pourcentage de l'appréciation des Wê (Wôbé) des prix des prestations et des soins à l'hôpital général de Kouibly, les centres de santé urbains de Poubly et Facobly et le dispensaire rural de Souébly-Maébly

Source : Données de l'enquête

Les populations vivant sur un territoire donné ont droit à recevoir des soins de qualité et pour ce faire, l'État a construit des hôpitaux, des dispensaires, des maternités et des dispensaires sur presque toute l'étendue du territoire.

Dans les localités de Facobly, Kouibly, Poubly et Souébly-Maébly, il y a des centres de santé urbains (Facobly et Poubly), un dispensaire (Souébly-Maébly) et un hôpital général (kouibly). Alors, nous avons souhaité connaître l'avis des populations Wê (Wôbé) sur le prix des soins et des prestations qui y sont délivrés.

Ainsi :

- **41%** trouvent *cher* les soins et prestations fournis dans les structures sanitaires des localités visitées ;
- **37%** croient que les soins et prestations dans les formations de santé sont *trop chers* ;
- Cependant, **20%** estiment que les soins et prestations dans les structures de santé de leurs localités sont *abordables*.
- **1%** de la cible disent dans un premier temps les prix des soins délivrés dans les centres de santé, dispensaires et hôpitaux sont *moins chers*. Dans un second temps, **1%** des Wê (Wôbé) ont choisi la proposition « je ne sais pas ».

Lorsqu'on observe ces chiffres, nous constatons que les avis sont partagés sur la question du prix des soins et prestations dans les structures de santé en milieu rural. Les populations vivant dans les localités sont fortement frappées par la pauvreté ou point ou disposer du minimum pour leur survie s'avère être un calvaire. Pour ce faire, elles (les populations) pratiquent des travaux champêtres et toutes sortes d'activités susceptibles de leur procurer de l'argent.

Face à une telle situation, toute dépense est un supplice pour ce peuple qui dans leur grande majorité sont non-alphabétisées, sans emploi et pratiquement démunies. Pour preuve, certaines personnes (qui résident à Facobly) nous ont confié qu'elles marchent pour rejoindre le dispensaire rural de Souébly-Maébly pour se faire soigner. Car, dans ce lieu, l'infirmier leur fait des facilités de paiement pour les soins, les prestations, les médicaments et surtout le carnet de santé coûte 100F CFA : une somme qui est à leur portée, à leur bourse.

COMMENT TROUVES-TU LA QUALITÉ DES SOINS DONNÉS À L'HÔPITAL OU LE CENTRE DE SANTÉ DE TA LOCALITÉ ?

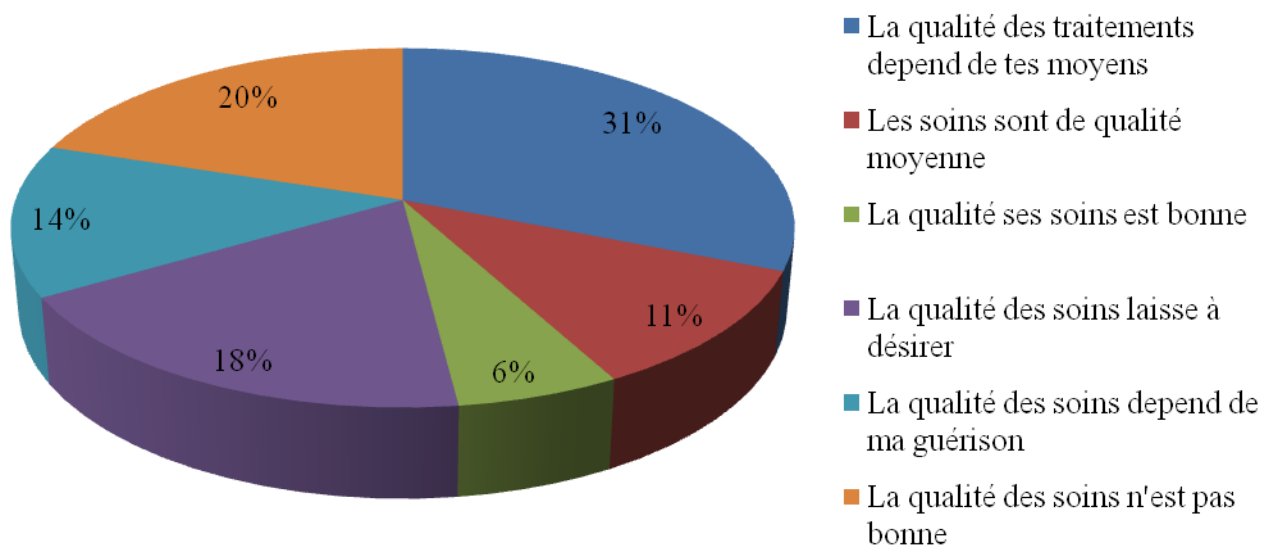


Figure 59 : Pourcentage du niveau d'appréciation de la qualité des soins donnés dans les structures sanitaires des localités visitées de la part des populations Wê (Wôbé)

Source : Données de l'enquête

La qualité des soins est diversement par les Wê (Wôbé) que nous avons rencontré dans les départements de Facobly et Kouibly.

- Pour **31%** de notre cible, *la qualité des traitements* dans les structures de santé de Facobly, Kouibly, Souébly-Maébly et de Poubly *dépend des moyens dont dispose le malade* ;
- **20%** des enquêtés croient que *la qualité des soins dans ces structures n'est pas bonne* ;
- Pour **18%**, *la qualité des soins laisse à désirer* ;
- **14%** jugent *la qualité des soins meilleure dans les hôpitaux et centres de santé si et seulement si le malade retrouve la guérison après s'y être rendu* ;
- **11%** des Wê trouvent *moyenne la qualité des soins dans les structures de santé* ;
- **6%**, par contre, trouvent les soins *de très bonne qualité ou meilleurs* dans lesdites structures.

Ces chiffres traduisent le degré de diversité des réponses, des pensées des populations Wê (Wôbé) sur la qualité des soins de santé. De manière générale, ce peuple lie la qualité des soins à la guérison. Il estime que lorsque tu es malade et que tu te rends dans les structures de soins et à l'issue de ta visite, tu retrouves la santé : les soins sont bons et efficaces ; dans le cas contraire, les soins ne sont pas bons, inefficaces.

Par ailleurs, il y a aussi l'accueil qui joue un rôle dans l'appréciation de la qualité des soins. Lorsque le malade est mal accueilli par les agents de santé, il juge mauvaise la qualité des soins ; dans le cas contraire, la qualité est bonne.

COMMENT TE COMPORTEES-TU FACE À UNE PERSONNE MALADE ?

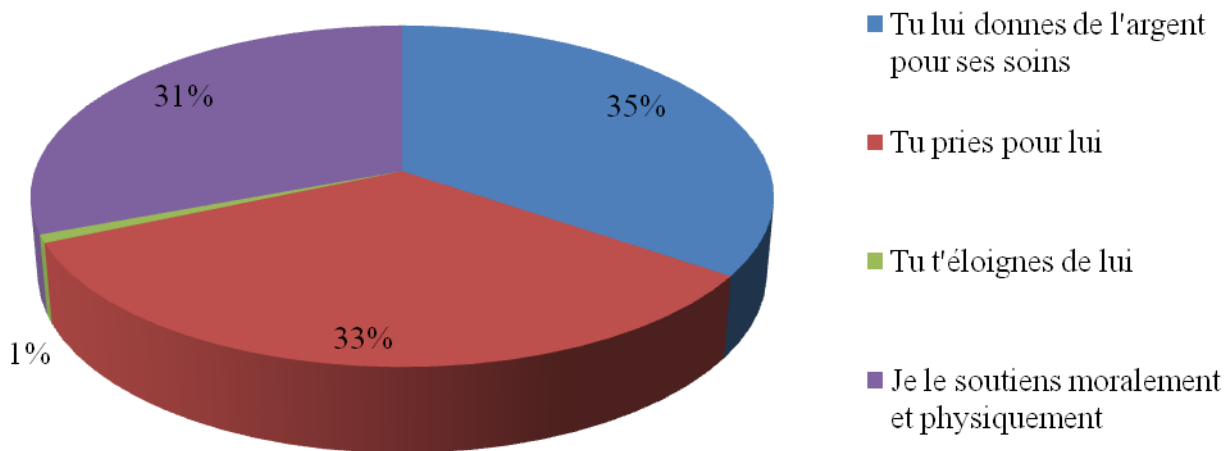


Figure 60 : Pourcentage des comportements des Wê (Wôbé) face à un malade

Source : Données de l'enquête

Le camembert ci-dessus nous montre les chiffres, les données traduisant les agissements du peuple Wê (Wôbé) devant un malade. Les réactions que ce peuple manifeste lorsqu'il est en face d'un malade sont :

- **35%** des personnes interrogées disent « donner de l'argent au malade pour ses soins » ;
- **33%** des Wê (Wôbé) disent « adresser des prières à Dieu pour la guérison du malade » ;
- **31%** affirment « soutenir moralement et physiquement le malade » ;
- Contre **1%** qui affirme « prendre leur distance vis-à-vis du malade pour éviter d'être contaminé par la maladie ».

À la lumière de ces réponses, nous constatons que le peuple Wê (Wôbé) est solidaire du malade. Pour matérialiser leur soutien, certaines personnes n'hésitent pas « à mettre la main dans la poche » à l'idée d'aider le malade à se soigner ; quand d'autres vont plus loin en adressant des cantiques à Dieu pour qu'il accorde la guérison à la personne malade.

Enfin, la dernière catégorie de personnes c'est ceux-là qui mettent de leur temps et leur présence quotidienne au côté de la personne malade (ils assistent le malade).

Les agissements des Wê (Wôbé) visent un seul objectif à notre sens : celui de bénéficier de la même attention lorsqu'ils seront touchés ou visités par la maladie.

LORSQUE TU ES MALADE, QUEL EST LE SENTIMENT QUI T'ANIME ?

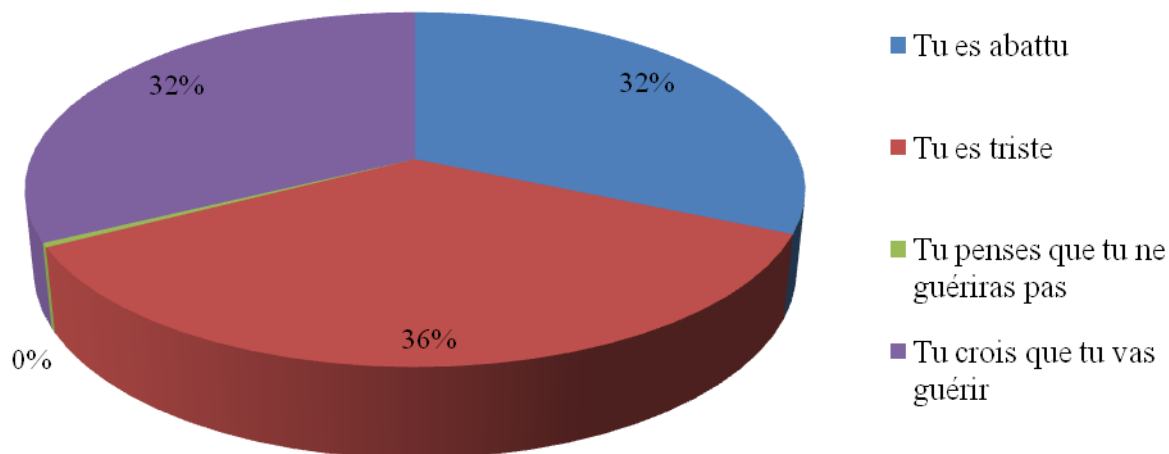


Figure 61 : Pourcentage des réponses des Wê (Wôbé) à la question « quel est le sentiment qui t'anime, lorsque tu es malade ? »

Source : Données de l'enquête

En période ou situation de maladie, les Wê (Wôbé) sont pris, animés de divers sentiments. C'est pour en savoir davantage que nous leur avons posé cette question. Nous avons enregistré les données suivantes :

- **36%** des Wê (Wôbé) sont animés *du sentiment de tristesse* lorsqu'ils sont malades ;
- **32%** sont dans un état ou présentent un air abattu dans un premier temps et ils croient (**32%**) par contre qu'ils *guériront du mal* qui est en eux.

En période de maladie, la situation du malade n'est guère reluisante d'où il ne peut qu'être animé de sentiment qui est aux antipodes de la joie. Lorsque le Wê (Wôbé) est malade, il est, durant la durée de son mal, anxieux et intéressé par l'idée d'en sortir et surtout c'est la crainte d'être emporté par la maladie qui occupe ses pensées.

LORSQUE TU ES MALADE, OÙ VAS-TU POUR TE SOIGNER ?

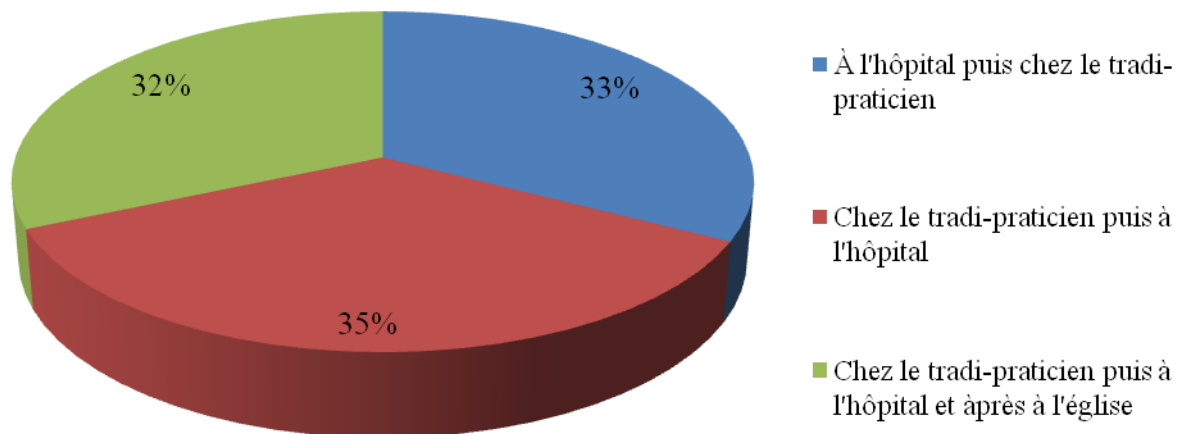


Figure 62 : Pourcentage des réponses sur l'itinéraire de soins choisi par le Wê (Wôbé) en période de maladie
Source : Données de l'enquête

Lorsque le Wê (Wôbé) est atteint par la maladie, quel itinéraire de soins choisit-il pour recouvrer la guérison, la santé ? C'est pour connaître l'itinéraire qu'ils choisissent que nous leur avons posé cette question et enregistré les réponses suivantes :

- **35%** des Wê (Wôbé) que nous avons interrogés nous ont confié débuter leur traitement chez le/la tradi-praticien(ne) avant de se rendre dans un hôpital ou centre de santé ;
- **33%** de la population cible, par contre, se rend tout de go dans un centre de santé ou l'hôpital pour recevoir les soins en cas de maladie et après, il fait aussi un tour chez le/la tradi-praticien(ne) ;
- **32%** des habitants des départements de Facobly et Kouibly (Wê) nous ont également confié, qu'à la recherche de la guérison, ils se rendent chez le/la tradi-praticien(ne) comme premier réflexe, puis à l'hôpital et enfin, ils terminent dans un lieu de prière (Église et/ou Mosquée).

De ce qui précède, nous remarquons que l'itinéraire de soins choisi par le malade Wê (Wôbé) diffère de l'un à l'autre. Le recours à la médecine dite traditionnelle est la voie la plus prisée par ces derniers pour les simples raisons qu'ils la trouvent efficace devant le mal, surtout elle coûte moins cher et elles (les plantes et feuilles médicinales) se trouvent partout.

Le cas échéant où la médecine traditionnelle n'a pas pu guérir le malade Wê (Wôbé), c'est à ce moment -là qu'il se rend dans un centre de santé ou un hôpital pour rechercher également les soins en vue de sa guérison.

Par ailleurs, à côté des médecines traditionnelle et moderne, les Wê (Wôbé) confient leur guérison également à Dieu et/ou aux ancêtres. Pour ce faire, ils se rendent dans un lieu de prière ou de culte ou dans la forêt sacrée pour implorer la divinité et/ou les génies de sorte à ce qu'ils leur viennent en aide.

5.1.2.3. ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES POPULATIONS

Attitudes des populations

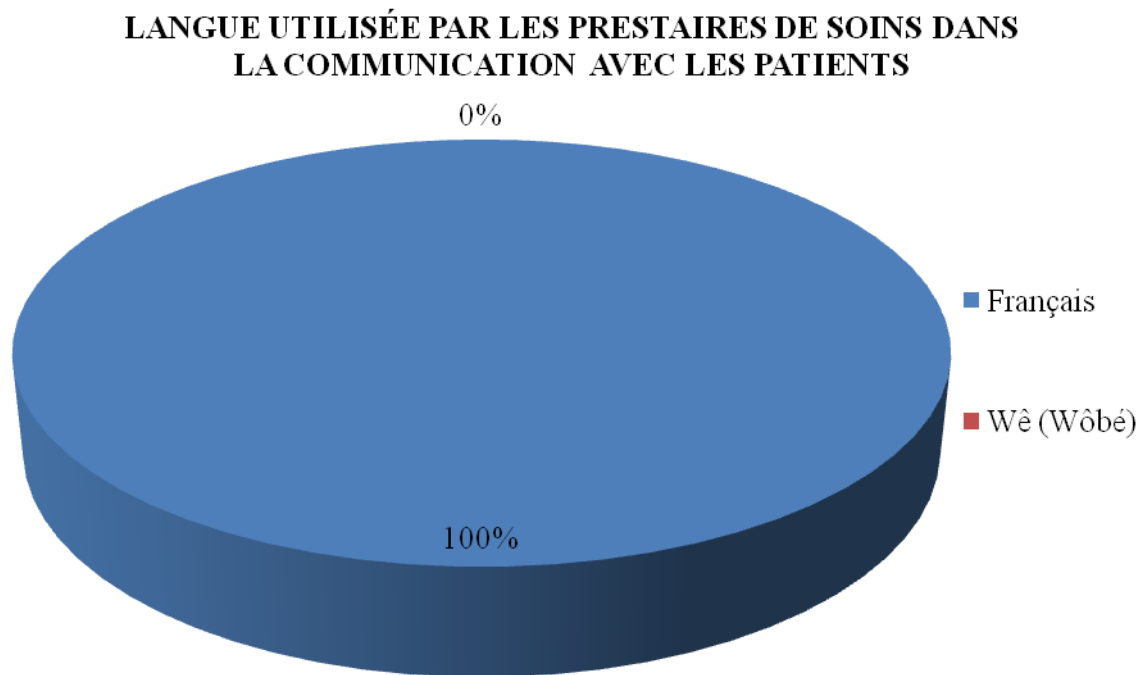


Figure 63 : Pourcentage des réponses quant à la langue utilisée dans la consultation médicale dans les structures sanitaires implantées dans les départements de Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

Dans les consultations médicales dans les départements de Facobly et Kouibly, la langue utilisée est le français. Cela nous a été confirmé par l'ensemble de notre cible. Le français est la langue d'échange et de travail dans la société ivoirienne ; l'instruction et le savoir dispensés dans nos établissements et de formations se déroulent dans cette langue (français).

**SENTIMENTS QUI ANIMENT LES POPULATIONS DE FACOBLY ET
KOUIBLY APRÈS QU'ELLES AIENT ASSISTÉES À UNE CAMPAGNE
DE SENSIBILISATION SUR LES MALADIES EN LANGUE
FRANÇAISE**

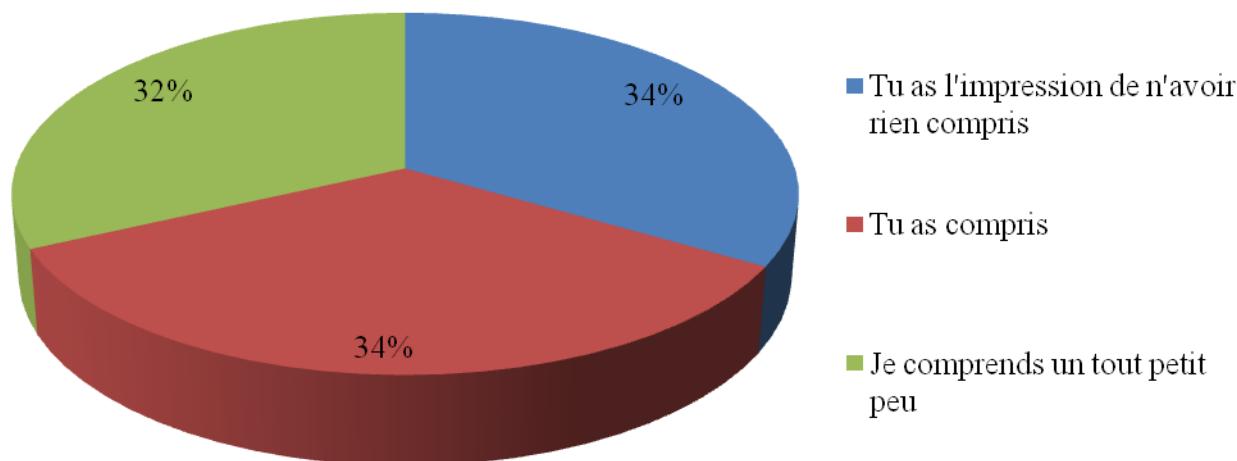


Figure 64 : Pourcentage des réponses sur les sentiments animant les populations de Facobly et Kouibly après une sensibilisation sur les maladies en langue française
Source : Données de l'enquête

Après avoir assisté à une campagne de sensibilisation sur les maladies diffusée dans la langue française par les agents de santé, le Wê (Wôbé) est animé de plusieurs sentiments.

- **34%** des personnes que nous avons interrogées nous ont dit qu'après avoir assisté à une campagne de sensibilisation « *avoir l'impression de n'avoir rien compris* » ;
- Par contre **34%** de notre cible estiment le contraire. Ces derniers disent « *avoir compris* » tout ce qui a été énoncé durant la campagne de sensibilisation sur les maladies.
- **32%** nous ont dit « *avoir compris un tout petit peu* » ce qui a été dit par les agents de santé durant la campagne de sensibilisation à laquelle ils ont assisté.

Au regard de ce qui précède, il apparaît que les populations rurales que nous avons visité ont une compréhension plus ou moins claire des informations à eux données par les agents de santé. Lorsque nous leur avons demandé de résumer ou de dire à nouveau ce qu'il leur a été donné comme information au cours de ces campagnes, elle (la population Wê (Wôbé)) est incapable de le faire alors nous avons compris par-là que ce peuple prétend avoir compris, or, à la réalité, c'est

pour cesser d'être l'objet du matraquage médiatique qui prévaut lors des crises sanitaires, des problèmes de santé qu'il affirme cela.

Comportements des populations ayant reçu les informations de santé en langue Wê (Wôbé)

NIVEAU DE COMPRÉHENSION DES POPULATIONS DE LA LANGUE WÊ (WÔBÉ)

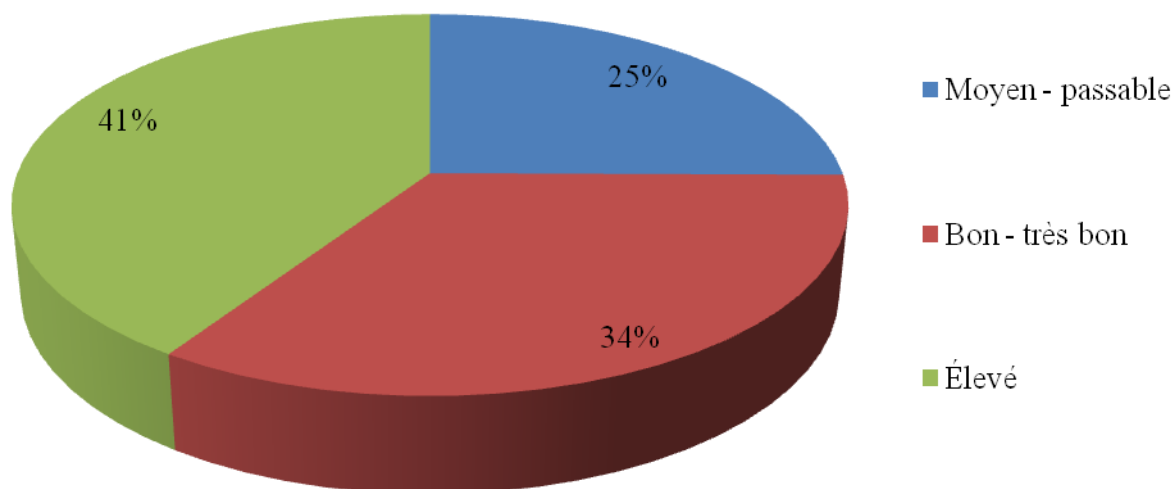


Figure 65 : Pourcentage du niveau de compréhension des populations de la langue Wê (Wôbé)
Source : Données de l'enquête

Dans les zones rurales tels les départements de Facobly et Kouibly, les populations originaires desdits départements ont une parfaite maîtrise de la langue locale en occurrence le Wê (Wôbé). Pour corroborer nos propos, nous avons mesuré le niveau de compréhension de cette langue chez la cible et nous avons obtenu les données suivantes :

- **41%** des Wê (Wôbé) rencontrés ont un niveau *élevé* dans la compréhension et de la pratique de la langue locale ;
- **35%** ont, par ailleurs, un niveau *bon allant même à très bon* de la compréhension du Wê (Wôbé) ;
- **25%** de la cible ont un niveau de compréhension *moyen/oupassable* de la langue du terroir, le Wê (Wôbé).

Les chiffres ci-dessus nous offrent des niveaux de compréhension très variés de la langue Wê (Wôbé) dans les départements de Facobly et Kouibly. Les personnes qui ont un niveau moyen et/ou passable de la langue locale, elles sont alphabétisées dans la langue française au point où

ces dernières ne peuvent pas s'exprimer en Wê (Wôbé) sans y faire intervenir régulièrement des termes (mots) issus du français : c'est le cas des élèves et des personnes qui ont longtemps duré dans les zones urbaines à telle enseigne qu'elles ont pratiquement perdu la maîtrise de la langue Wê (Wôbé).

Les personnes qui ont le niveau de compréhension bon et/ou très bon voire même élevé, elles n'utilisent que la langue Wê (Wôbé) dans leur communication quotidienne. Elles ont une capacité à s'exprimer dans cette langue sans y insérer un seul mot issu du français : c'est le cas des personnes du troisième âge (les vieillards, les vieilles dames, etc.). Ces dernières, dans le choix des terminologies des maladies en langue Wê (Wôbé), sont consultées.

LORSQUE TU REÇOIS LES INFORMATIONS SUR LES MALADIES DANS LA LANGUE WÊ (WÔBÉ), CELA A-T-IL DE L'EFFET SUR TOI ?

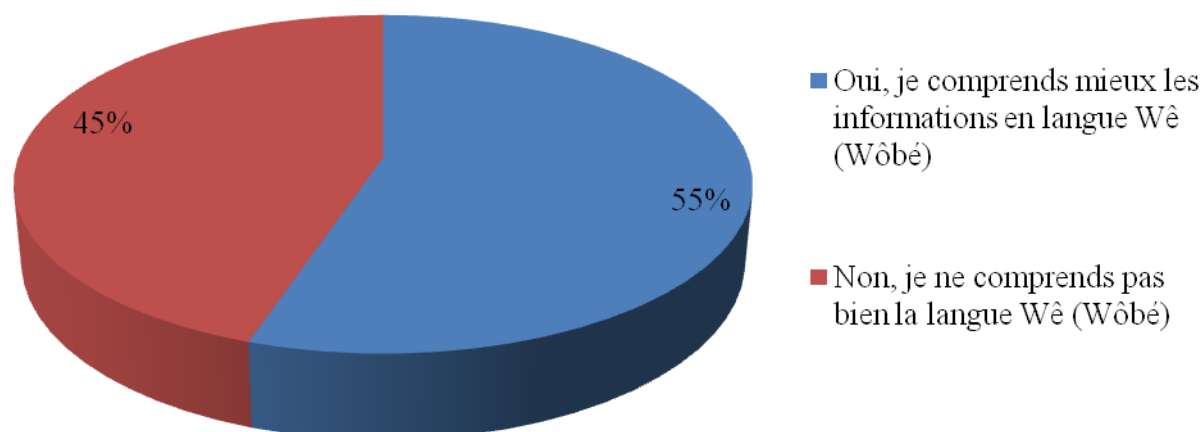


Figure 66 : Pourcentage des personnes dont la sensibilisation sur les maladies dans la langue Wê (Wôbé) leur procure de l'effet

Source : Données de l'enquête

Les populations rencontrées nous ont dit à **55%** « être influencé au niveau comportemental par une sensibilisation sur les maladies donnée en Wê (Wôbé) », elles estiment comprendre mieux les informations fournies dans cette langue.

Par contre, **45%** de la cible affirment « n'être influencé au niveau du comportement par une sensibilisation sur les maladies donnée en Wê (Wôbé) ». La raison, estiment-elles, c'est le fait de ne pas avoir une bonne compréhension de cette langue.

En somme, toutes les informations sanitaires données dans la langue Wê (Wôbé) ne sont pas comprises par l'ensemble des personnes ayant en partage cette langue au point où l'impact, le changement de comportements que l'on veut susciter, impulser en eux est plus ou moins négligeable ou produit l'effet contraire à savoir : l'inaction ou l'inertie et le non changement dans les habitudes de vie.

5.1.2.4. FORCES, FAIBLESSES ET OPPORTUNITÉS DE LA LANGUE WÊ (WÔBÉ)

Faiblesses de la langue Wê (Wôbé)

DANS LA LANGUE WÊ (WÔBÉ), TOUTES LES MALADIES ONT-ELLES DES TERMINOLOGIES ?

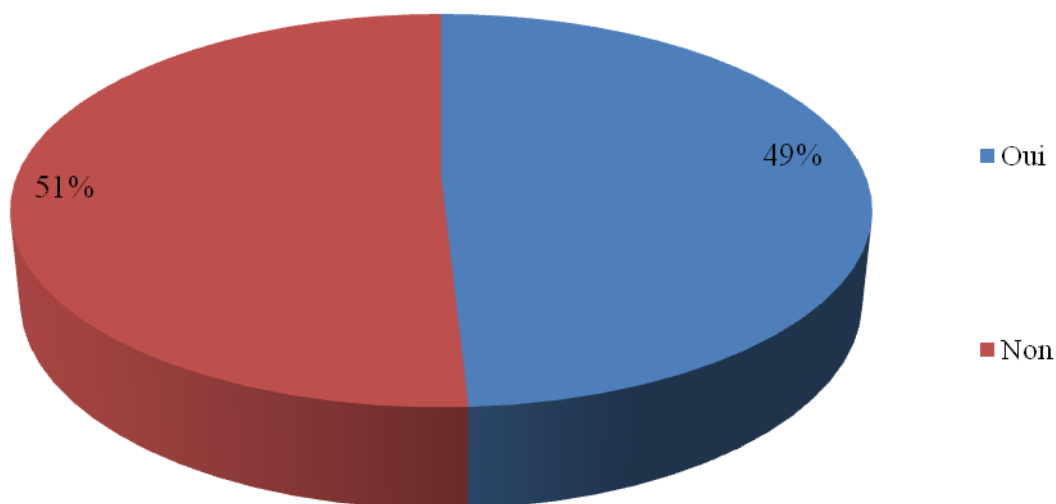


Figure 67 : Pourcentage des affirmations sur l'existence de terminologies de toutes les maladies dans la langue Wê (Wôbé)

Source : Données de l'enquête

Dans la langue locale Wê (Wôbé), toutes les maladies ne disposent pas de terminologies. Cela, nous a été dit par les populations que nous avons rencontrées.

En effet, **51%** soutiennent mordicus que toutes les maladies n'ont pas de terminologies dans la langue Wê (Wôbé). Nous avons pu vérifier cet état de fait lorsque nous avons demandé à notre cible de nous donner certaines terminologies de maladies telles ébola, l'hypertension ou hypotension artérielle, pour ne citer que celles-ci ; elle a été incapable de répondre à cette question. Les Wê (Wôbé) rencontrés nous ont laissé entendre que « *ces maladies, on ne connaît pas leurs noms en Wôbé.* ». Nous avons cherché à comprendre pourquoi elle donnait une telle réponse et nous sommes parvenus à l'idée suivante : ces maladies ne sont pas récurrentes dans les zones de notre étude ou les populations ne sont pas régulièrement confrontées à ce genre de maladies d'où elles ne s'attardent pas sur les termes pouvant les traduire dans la langue locale Wê (Wôbé).

Par contre, **49%** des Wê (Wôbé) rencontrés pensent le contraire. Pour ces derniers, toutes les maladies ont des terminologies dans la langue Wê (Wôbé). Cependant, lorsque nous leur avons demandé de nous donner les terminologies des maladies telles ébola, l'hypertension ou hypotension artérielle, etc., ces derniers n'ont pu nous répondre.

AS-TU HONTE LORSQUE TU PARLES LE WÊ (WÔBÉ)?

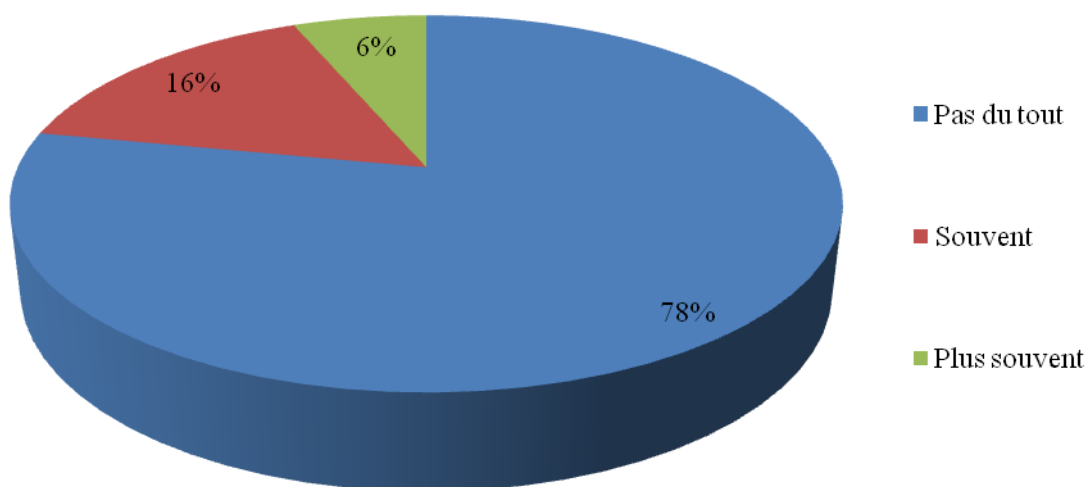


Figure 68 : Pourcentage des sentiments animant les personnes qui parlent le Wê (Wôbé)
Source : Données de l'enquête

Le camembert ci-dessus nous donne de voir le sentiment animant les personnes qui parlent la langue locale Wê (Wôbé). Ainsi, **16%** de notre cible nous a-t-elle dit avoir *souvent* honte lorsqu'elle s'exprime dans cette langue. La raison : les Wê (Wôbé) qui ont ce sentiment, disent ne pas avoir une parfaite maîtrise de cette langue d'où lorsqu'ils l'utilisent ou se débrouillent dans leur parler avec cette langue, cela procure des rires chez leurs interlocuteurs.

Toujours dans cette même veine, 6% des Wê (Wôbé) rencontrés ont le plus souvent honte lorsqu'ils utilisent la langue. La raison est la même que celle énoncée plus haut ou ci-dessus.

Enfin, **78%** estiment ne pas avoir honte lorsqu'ils s'expriment avec la langue Wê (Wôbé). La raison : ils sont fiers de parler leur langue locale car elle (la langue) est leur identité, leur culture. D'où c'est avec fierté qu'ils la parlent.

QUELLE EST LA LANGUE QUE TU COMPRENDS MIEUX ?

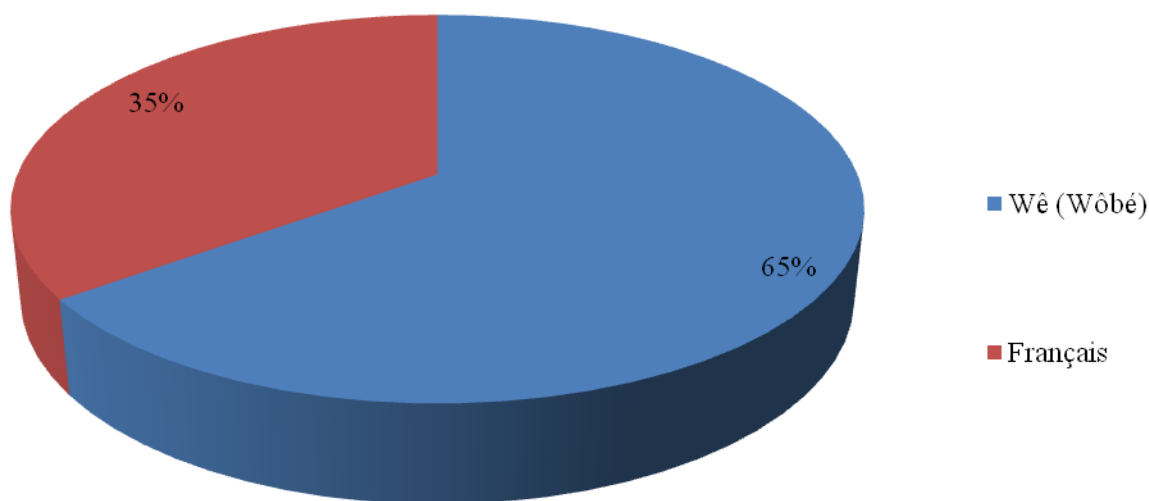


Figure 69 : Pourcentage de la langue la mieux comprise par les populations interrogées dans les départements de Facobly et Kouibly.

Source : Données de l'enquête

La langue dans la communication entre les hommes est d'une importance indéniable. Partager une même langue avec l'interlocuteur ou le destinataire du message ou de l'information, cela favorise un décodage de l'information véhiculée et ensuite une compréhension véritable de celle-ci.

Dans le cadre de notre étude, nous avons posé à la cible Wê (Wôbé) cette question : « *quelle est la langue que tu comprends mieux ?* » Les pourcentages des réponses à cette question sont confinés dans le camembert précédant. À la lecture de ce camembert, nous avons :

- **65%** des personnes interrogées dans les départements de Facobly et Kouibly, nous ont signifié de comprendre mieux la langue Wê (Wôbé) ;
- quand **35%** disent comprendre mieux le français.

La langue locale Wê (Wôbé) est la mieux comprise par les populations desdits départements visités. Dans les zones rurales, les langues dominantes sont celles issues du terroir, de la localité : c'est le cas de la langue Wê (Wôbé) dans les zones susmentionnées. Toute sensibilisation ou information véhiculée dans lesdites zones doit tenir compte de cette configuration langagière.

QUELLE LANGUE UTILISES-TU POUR COMMUNIQUER LE PLUS SOUVENT, AU QUOTIDIEN EN FAMILLE ET AVEC LES AUTRES ?

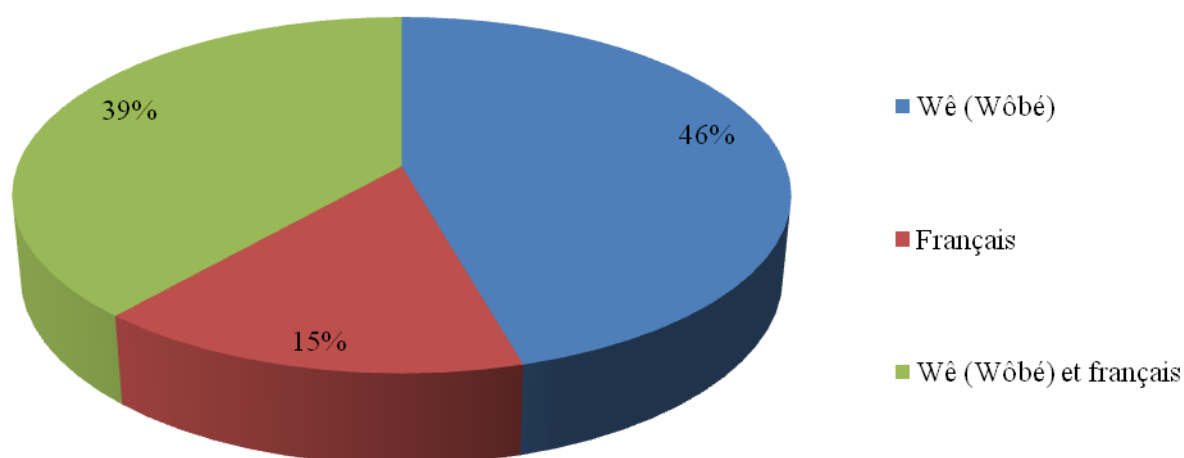


Figure 70 : Pourcentage des réponses sur la langue utilisée au quotidien par les populations de Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

Dans les contrées que nous avons visitées, il y a bien une langue que les populations utilisent régulièrement au quotidien pour communiquer entre elles. Dans les départements de Facobly et Kouibly, les Wê (Wôbé) utilisent à **46%** la langue locale (*Wôbé*) pour communiquer avec leur entourage.

Par ailleurs, certains Wê (Wôbé), lors de l'interrogatoire, nous ont confié à **39%** qu'ils utilisent quotidiennement *le Wôbé et le français* dans leur communication avec la famille et les autres.

Enfin, **15%** de notre cible utilisent *le français* pour communiquer avec les autres ; la raison est due au fait que ces personnes s'adaptent ou utilisent la langue que comprend leur interlocuteur hors de la famille et surtout due également au fait qu'elles ne comprennent pas mieux le Wê (Wôbé).

En clair, pour une meilleure communication au sein des populations Wê (Wôbé), ces dernières recourent à une langue qui est comprise par l'un et l'autre des interlocuteurs. L'objectif est de mieux se faire comprendre de part et d'autre des interlocuteurs.

5.1.2.5. EXPOSITION AUX MÉDIAS

QUELS SONT LES MOYENS DE COMMUNICATION QUE TU AS CHEZ TOI À LA MAISON ?

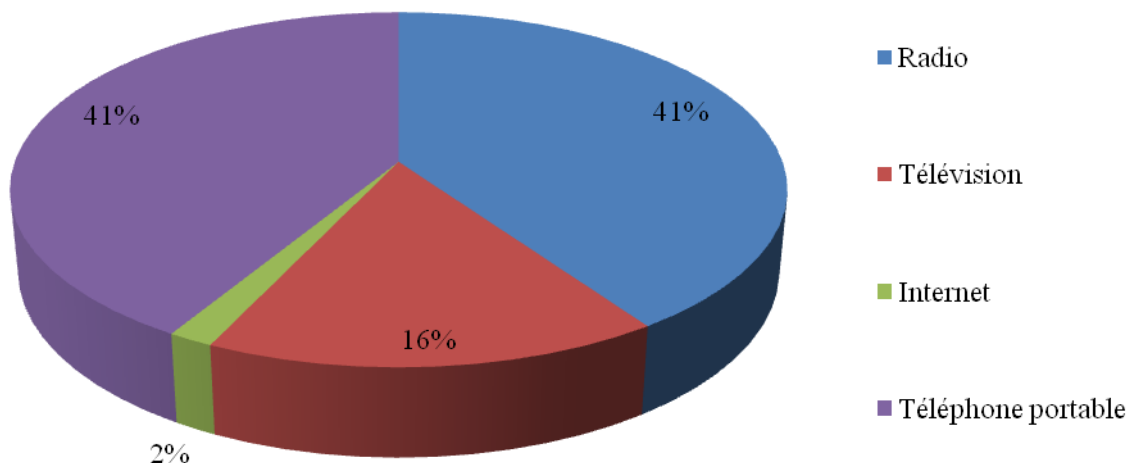


Figure 71 : Pourcentage des moyens de communication dont disposent les populations Wê (Wôbé) des départements de Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

Les moyens de communication sont ici les canaux qui servent à véhiculer les informations aux populations, aux humains. Dans les départements de Facobly et Kouibly, il y a des moyens de communication dont se servent les Wê (Wôbé) pour s'informer ou recevoir les informations sur les choses, les éléments qui les entourent. Ainsi, avons-nous :

- **41%** des Wê (Wôbé) ont des postes transistors communément appelés « *radios* » ;
- **41%** de cette même population détiennent de « *téléphones portables* » ;
- **16%** de notre cible, ont « *des téléviseurs* » ;
- Par contre, **2%** ont accès à « *internet* » sur l'ensemble de ces deux (2) départements.

En clair, nous retenons que les moyens ou canaux de communication les plus possédés par les populations des zones susmentionnées sont : *le poste transistor ; le téléphone portable* et à côté de ces deux (2) canaux figure *la télévision*.

MOYEN DE COMMUNICATION LE PLUS UTILISÉ PAR LES AGENTS DE SANTÉ POUR DONNER LES INFORMATIONS SANITAIRES DANS LES LOCALITÉS DE FACOBLY, KOUIBLY ET LES VILLAGES ENVIRONNANTS

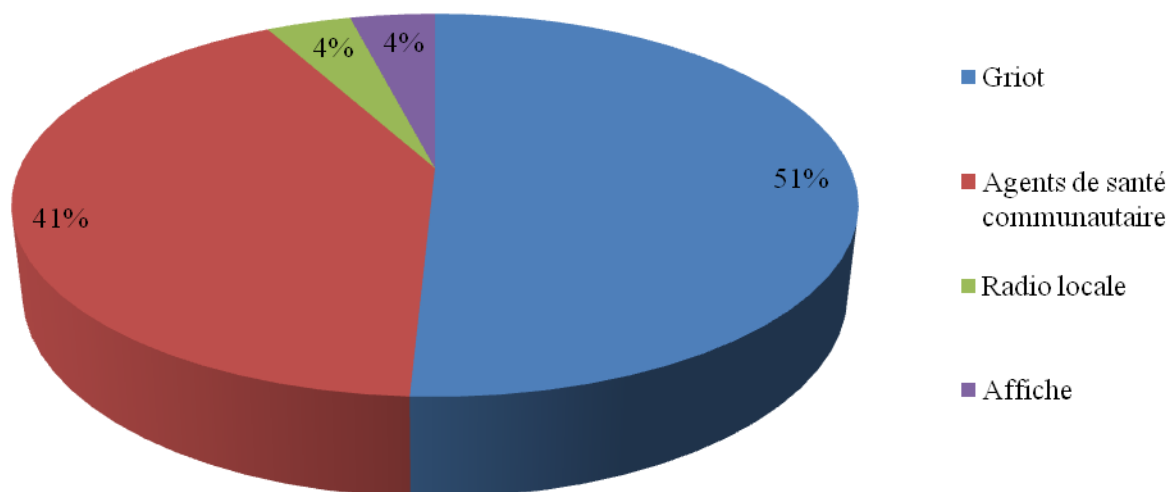


Figure 72 : Pourcentage des réponses sur le moyen de communication le plus utilisé par les agents de santé pour donner les informations de santé aux populations de Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

Dans les départements de Facobly et Kouibly, le canal de communication le plus utilisé par les prestataires de soins pour donner le plus souvent les informations de santé aux populations desdites localités est à **51%** dans les réponses le *Griot* (qui se nomme Badia à Facobly).

À côté de ce canal, il y a les *Agents de Santé Communautaire* (ASC) qui servent de relais des médecins, infirmier(e)s et sages-femmes auprès des populations rurales. Ce « canal » est revenu à près de **41%** dans les réponses des Wê (Wôbé) interrogés.

Enfin, les prestataires de soins recourent aussi à *l'affiche* pour diffuser les informations de santé à la population. La fréquence d'apparition de ce terme dans les réponses des Wê (Wôbé) est de **4%** tout comme l'usage de la radio locale (les ondes de la Radio Man parviennent à couvrir une partie du département de Facobly. À Kouibly, il n'y a pas de radios locales.)

À l'analyse, *le Griot* consiste le canal de communication le plus utilisé pour informer les populations de la part des soignants. Celui-ci arpente les différentes rues des localités pour distiller le(s) message(s) à lui remis par les autorités sanitaires, administratives, les prestataires de soins. Dans chaque département, il existe un *Griot*. Pour également permettre aux populations d'éviter et/ou de combattre les maladies, des personnes sont choisies au sein des populations (*Agents de Santé Communautaires*) et à qui des formations de santé sont données dans l'optique de les ramener auprès des leurs pour la surveillance sanitaire des populations et

pour les inciter, les encourager à mettre en œuvre les mesures de santé fournies par les autorités sanitaires.

À QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE ÉCOUTES-TU LA RADIO ?

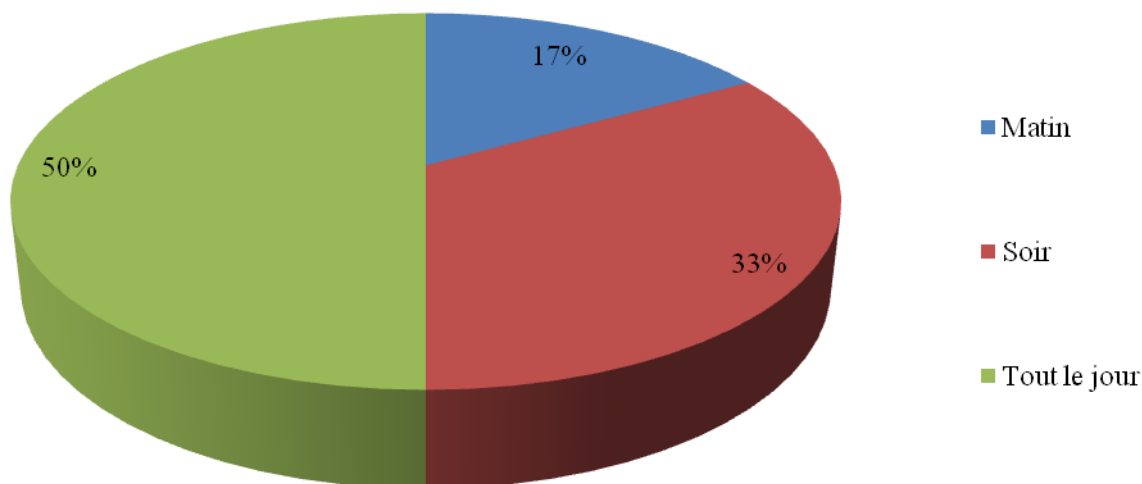


Figure 73 : Pourcentage des réponses concernant l'écoute de la radio durant la journée en pays Wê (Wôbé)

Source : Données de l'enquête

Les populations que nous avons interrogées dans les départements de Facobly et Kouibly, nous ont confié à **50%** qu'elles écoutent la radio durant *tout le jour*. Par contre, certaines personnes soit **33%** de notre cible affirment pratiquer une écoute de la radio *le soir* uniquement. Enfin, **17%** de la même cible nous confient qu'elles écoutent la radio *le matin*.

À l'analyse de ces réponses, nous constatons que les populations Wê (Wôbé) écoutent le poste transistor. Cependant, ce qui varie c'est le moment de la journée où les personnes pratiquent une écoute de la radio. Le moment propice où cette population est disposée à s'informer ou à recevoir les informations de tout genre c'est le soir pour les personnes qui sont suffisamment occupées et ces dernières préfèrent terminer la journée par de informations car le faisant le matin, cela risquerait de « gâter » leur journée. Ce qui écoutent la radio le matin, le font par reflexe car estiment-ils c'est à ce moment de la journée que les informations sont très fraîches et cela déterminera leur pensée, action dans la journée. Le soir, pour cette population, les informations sont du réchauffées.

Il nous a été permis de constater que toutes les personnes affirmant suivre la télévision tout le jour, c'est pour meubler le vide sonore qu'il y a soit dans leur atelier, soit dans leur maison, etc.

À QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE REGARDES-TU LA TÉLÉVISION ?

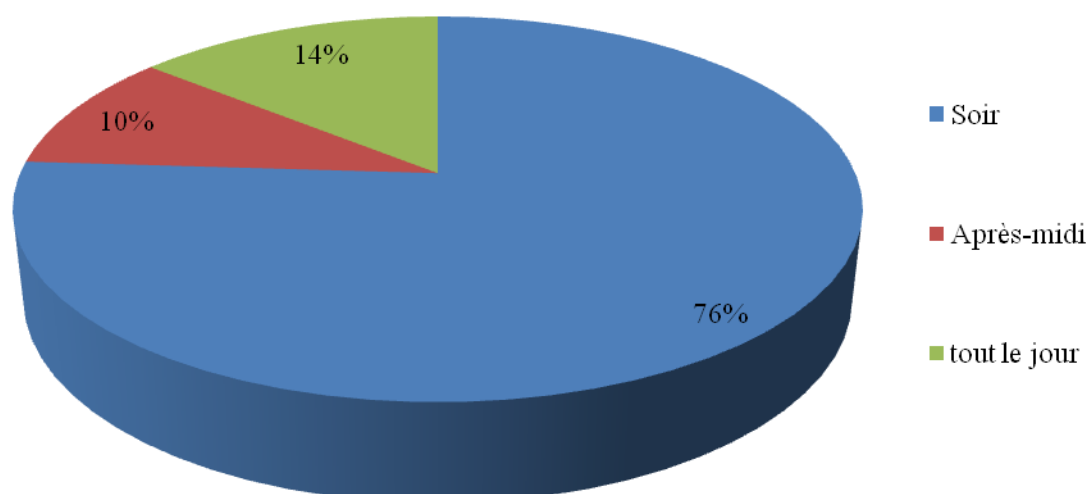


Figure 74 : Pourcentage des réponses concernant la fréquence de regard de la télévision par les Wê (Wôbé) à Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

Dans les départements de Facobly et Kouibly que nous avons visités, les populations se sont confié à nous sans réserve. Ainsi, avons-nous obtenu les chiffres suivants :

- **76%** des interviewés nous ont répondu qu'ils regardent la télévision le soir ;
- **14%** de notre cible sont devant leur poste téléviseur durant tout le jour ;
- **10%** des Wê (Wôbé) nous ont dit suivre la télévision l'après-midi.

La raison expliquant le fait que les Wê (Wôbé) dans leur grande majorité préfèrent suivre la télévision le soir, cela est dû au manque d'électricité dans lesdites zones. Pour pallier à ce problème, certaines personnes recourent au dispositif solaire. Celui-ci se recharge la journée par la chaleur des rayons ultra violés du soleil et la nuit tombée, il fournit de l'électricité, de l'énergie pour alimenter le poste téléviseur et autres appareils électro-ménagers de capacité moyenne.

Par contre, les personnes qui sont devant leur poste téléviseur tout le jour et les après-midi, elles disposent de manière continue d'électricité.

À LA TÉLÉVISION TOUT COMME À LA RADIO, RÉGARDES OU
ÉCOUTES-TU LES ÉMISSIONS DE SANTÉ?

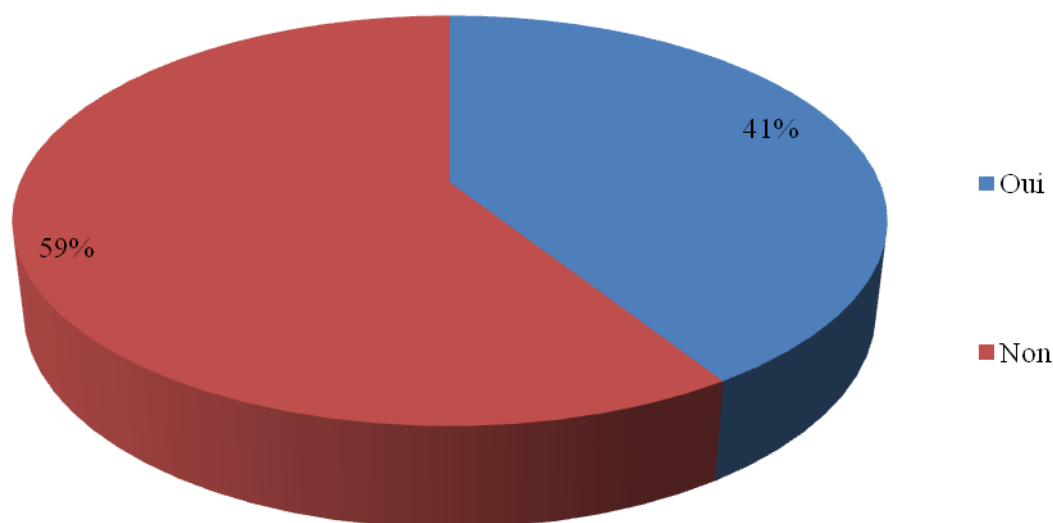


Figure 75 : Pourcentage des réponses concernant l'écoute et le suivi des émissions de santé à la radio et à la télévision de la part des Wê (Wôbé) dans les départements de Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

Dans les zones que nous avons visitées, les populations ne suivent pas à **59%** les émissions de santé à la télévision tout comme à la radio. Les raisons sont légions. Cependant, les plus importantes sont :

- Les stations de radios et de télévision ne diffusent pas d'émissions à caractère sanitaire ;
- Lorsque les radios et télévisions diffusent les émissions de santé, cela est très sporadique et irrégulier (les émissions ne sont pas diffusées à des heures et des jours précis) ;
- Les radios et la chaîne de télévision ivoirienne préfèrent diffuser de la variété au détriment des émissions de santé ; etc.

Par contre, il y a tout de même des personnes qui suivent les émissions de santé à la télévision et écoutent les émissions de santé à la radio. Le pourcentage des personnes affirmant suivre des émissions de santé à la télévision tout comme à la radio s'élève à **41%**.

LIS-TU LA PRESSE ÉCRITE ?

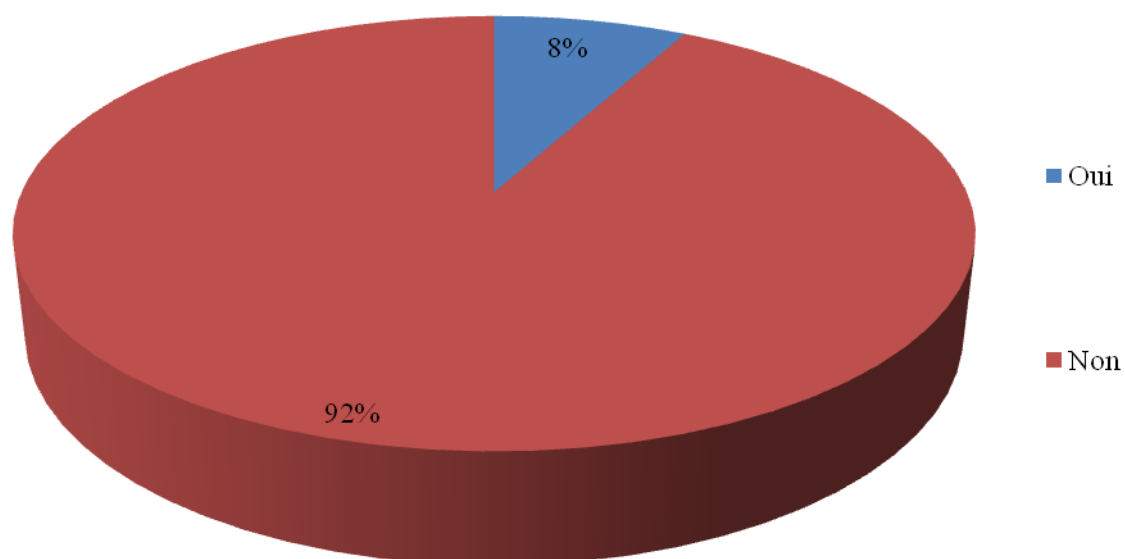


Figure 76 : Pourcentage des réponses concernant la lecture de la presse écrite par les populations Wê (Wôbé) dans les départements de Facobly et Kouibly

Source : Données de l'enquête

Les données enregistrées à cette question sont les suivantes :

- **92%** des Wê (Wôbé) interrogés nous ont confié ne pas lire la presse écrite car les journaux ne sont pas distribués dans ces zones.
- **8%** de notre cible par contre nous a confié lire la presse écrite. Cette frange de notre cible parcourt des kilomètres pour acheter un journal : les personnes se rendent à Man pour s'acheter des vieux journaux (les journaux dont la période est dépassée).

**RÉÇOIS-TU DES SMS ET / OU APPELS SUR TON TÉLÉPHONE
PORTABLE QUI PARLENT DE LA SANTÉ ?**

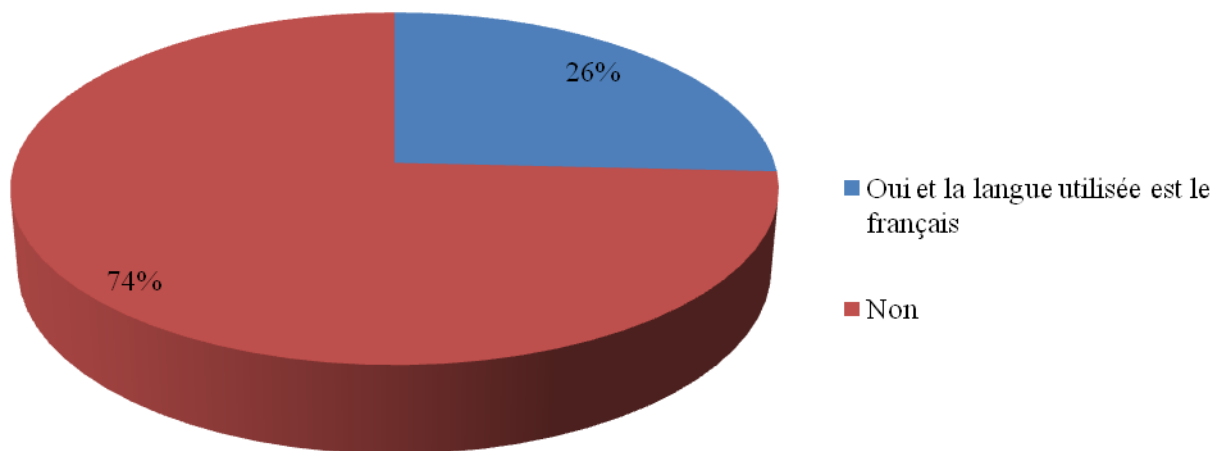


Figure 77 : Pourcentage des réponses concernant la réception ou non d’SMS et appels provenant des maisons de téléphonie, de la part des Wê (Wôbé) dans les départements de Facobly et Kouibly
Source : Données de l’enquête

Les populations Wê (Wôbé) des départements de Facobly et Kouibly disposent dans leur grande majorité de téléphones mobiles (portables) à l’instar des autres parties et peuples de la Côte d’Ivoire. Il y a **26%** des Wê (Wôbé) qui prétend recevoir des SMS et appels sur le thème de la santé de la part des maisons de téléphonies installées dans le pays. Ces messages sont le plus souvent donnés ou diffusés dans la langue française.

Par contre, **74%** de notre cible affirment le contraire. Ces derniers ne reçoivent pas des SMS et des appels des maisons de téléphonie mobile pour leur parler de santé.

5.2. PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES AU COURS D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS DANS LES DÉPARTEMENTS DE FACOBLY, KOUIBLY ET DANANÉ

5.2.1. Entretiens avec les leaders communautaires, les hommes, les femmes et les jeunes de Facobly et Kouibly

Les entretiens que nous avons eus dans les localités de Facobly et de Kouibly se sont déroulés avec les chefs de villages de Facobly, de Poubly et de Bahibly. À côté de ceux-là, nous avons eu des focus group avec deux groupes de six (6) jeunes ; deux groupes de six (6) hommes et deux groupes de six (6) femmes. Les focus group se sont déroulés à Facobly et à Poubly. À Bahibly (Kouibly) nous nous sommes uniquement entretenus avec le chef intérimaire de ce village (le chef de ce village venait de décédé quelques jours avant notre arrivée). Les hommes et les femmes surtout les jeunes s'affairaient aux préparatifs des obsèques du défunt chef d'où il a été difficile pour nous de les mobiliser durant notre séjour dans cette localité.

Au total, nous nous sommes entretenus avec 12 femmes dont l'âge varie de 35 à 50 ans et plus, 12 jeunes dont l'âge varie de 15 à 34 ans, 12 hommes dont l'âge varie de 35 à 50 ans et plus et 3 chefs de villages ce qui donne un total de 39 personnes. Les entretiens ont eu lieu de 08h30 à 09h30 chacun à un jour d'intervalle compte tenu des travaux champêtres qui avaient cours à la période de notre enquête et de la disponibilité des participants. Les entretiens se sont déroulés autour du guide exposé dans le chapitre des instruments de mesure. Dans les lignes qui suivent, nous vous donnons la substance des propos que nous avons enregistrés et analysés par la suite.

- **THÈME I** : SAVOIRS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ

<i>Qu'est-ce que la maladie ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
C'est se sentir mal	10	26
C'est quand tu ne peux rien faire	9	23
C'est quand tu ne vas pas bien	15	38
C'est une faiblesse physique	5	13
Total	39	100

Tableau 4 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « *Qu'est-ce que la maladie ?* »

Source : Données de l'enquête

La lecture de ce tableau nous donne à voir que la phrase ou expression « *C'est se sentir mal* » définissant la maladie apparaît à une fréquence relative de **26%** dans les propos des personnes que nous avons écoutées. À **23%**, elles estiment que la maladie « *c'est quand tu ne peux rien faire* » contre **38%** qui croit que la maladie « *c'est quand tu ne vas pas bien* ». Enfin, **13%** de

nos enquêtés voit en la maladie « *une faiblesse physique* ». À les entendre, l'on comprend par-là que chacun a sa définition du terme maladie. Ce qui est fonction du vécu de tout un chacun C'est dire que ce mot revêt plusieurs sens pour notre population cible qui à première a du mal à définir ce terme de façon concrète et exacte.

<i>Quelles sont les maladies fréquentes dans les zones de Kouibly et Facobly ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Paludisme et ses variantes (Fièvre jaune, Fièvre typhoïde)	10	26
Tuberculose	2	5
Maux de ventre, tête, dos, dents, etc.	9	23
Diarrhée	9	23
MST/SIDA	9	23
Total	39	100

Tableau 5 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « *Quelles sont les maladies fréquentes dans les zones de Kouibly et Facobly ?* »

Source : Données de l'enquête

Les maladies sévissant dans les départements de Facobly et de Kouibly sont diverses et variées. Pour l'essentiel, les plus pertinentes sont à **26%** le paludisme et les fièvres jaune et typhoïde qui pour la population visitée sont semblables. Les maux de ventre, de tête, de dos, dents ; la diarrhée et les MST / SIDA apparaissent chacune dans les propos de nos populations à une fréquence relative de **23%**. Il est à noter que ces maladies sont celles que les personnes que nous avons entendues en ont souffertes et/ou un membre de leur entourage en a été victime. Ces maladies donnent la trouille aux populations de Facobly et Kouibly.

<i>Quelles sont les causes probables des maladies ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Degré élevé des travaux champêtres	20	51
Alimentation	5	13
L'air pollué	6	15
Le soleil	8	21
Total	39	100

Tableau 6 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « *Quelles sont les causes probables des maladies ?* »

Source : Données de l'enquête

Les populations issues de ces départements, nous ont confié tout abord à **51%** que « *le degré élevé des travaux champêtres* » est à la base des maladies dans ces zones. Ensuite, à une fréquence relative de **21%**, elles croient que c'est « *le soleil* » qui donne les maladies. De plus, elles citent à **15%** « *l'air pollué* » d'être aussi responsable des pathogènes et enfin, elles pensent à **13%** tout aussi que les maladies se trouvent dans « *l'alimentation* ». De ce qui précède, nous

retenons que les causes probables des maladies sont légions pour les personnes que nous avons eues à entendre. Cela nous donne à penser que notre cible a d'infirme connaissances sur les causes d'une maladie et les facteurs de celle-là.

<i>Itinéraire thérapeutique choisi en cas de maladies.</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Je me soigne d'abord à l'indigénat et si ça ne va pas là maintenant, je vais à l'hôpital.	17	44
Je vais à l'hôpital pour savoir de quoi je souffre ensuite, je me traite avec indigénat.	9	23
Je me traite avec indigénat uniquement et je prie Dieu.	13	33
Total	39	100

Tableau 7 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly sur « l'itinéraire thérapeutique choisi en cas de maladies. »

Source : Données de l'enquête

À Kouibly et Facobly, les populations connaissent des itinéraires de soins en cas de maladie bien différents. Pour **44%** de la cible affirme ceci « *Je me soigne d'abord à l'indigénat et si ça ne va pas là maintenant, je vais à l'hôpital.* ». Elle a également dit que « *Je me traite avec indigénat uniquement et je prie Dieu.* » à une fréquence relative de **33%** et pour terminer certains ont estimé ceci « *Je vais à l'hôpital pour savoir de quoi je souffre ensuite, je me traite avec indigénat.* » à **23%**. Lorsqu'on observe ces propos, on constate que la majeure partie des populations des zones rurales arrivent à l'hôpital en phase terminale, c'est-à-dire qu'elle pratique l'automédication et/ou par la suite se rend dans les centres de santé soit pour guérison complète, soit pour connaître de quoi elle souffre. De façon générale, les hôpitaux sont leur dernier recours en cas de maladie.

<i>Comment voyez-vous la maladie ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Elle n'est pas bonne.	12	31
Elle détruit l'homme.	11	28
Elle donne la mort à l'homme.	11	28
Elle appartient à la vie de l'homme.	5	13
Total	39	100

Tableau 8 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « Comment voyez-vous la maladie ? »

Source : Données de l'enquête

L'existence des maladies n'est pas du gout des populations. La preuve, elle croit que la maladie « *n'est pas bonne* » à **31%** ; **28%** de celle-là dit qu' « *elle détruit l'homme* » tout comme **28%** arguant qu' « *elle donne la mort à l'homme* ». Par contre, il y a des personnes qui se trouvent à penser à **13%** qu' « *elle appartient à la vie de l'homme* ». Pour tout dire, la maladie telle qu'elle soit n'est guère appréciée des populations qui se sont exprimées et cela au prix de bien des raisons.

- **THÈME II** : PERCEPTIONS SUR LES MALADIES

<i>Combien de catégories de maladies existent-ils ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Une catégorie	1	4
Deux catégories	3	10
Plusieurs catégories	25	86
Total	39	100

Tableau 9 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « *Combien de catégories de maladies existent-ils ?* »

Source : Données de l'enquête

Les habitants de Facobly, Kouibly et des environs estiment à une fréquence relative de **86%** qu'il y a *plusieurs catégories* de maladies contre **10%** et **4%** qui pensent respectivement qu'il y a *deux (2) catégories* de maladies et *une (1) catégorie de maladies*. Elle (population rurale) croit dans leur écrasante majorité qu'une maladie à elle seule constitue une catégorie, raison pour laquelle elle estime qu'il y a plusieurs catégories de maladies.

<i>Pensez-vous qu'il existe des maladies dites chroniques ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Oui	8	20
Non	12	31
Je ne sais pas	19	49
Total	39	100

Tableau 10 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « *Pensez-vous qu'il existe des maladies dites chroniques ?* »

Source : Données de l'enquête

Ce tableau nous permet de voir que les personnes qui se sont confié à nous n'ont aucune connaissance ce que l'on appelle maladies chroniques. **49%** estime ne pas savoir quand **31%** est catégorique de qu'il n'y a pas de maladies dites chroniques et enfin certaines personnes à une fréquence relative de **20%** croient qu'il en existe les maladies dites chroniques. Il est clair que les tendances sont en faveur de celles-là qui estiment qu'il n'y a point de maladies chroniques.

<i>Pensez-vous qu'il existe des maladies dites aigues ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Oui	5	13
Non	15	38
Maladie c'est maladie	19	49
Total	39	100

Tableau 11 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Pensez-vous qu'il existe des maladies dites aigues ? »

Source : Données de l'enquête

À cette nouvelle question, les personnes qui ont bien voulu nous donner leur avis pensent à une fréquence relative de **49%** que « maladie c'est maladie » ; **38%** estime qu'il n'y a pas de maladies dites aigues contre **13%** qui pense le contraire. De ce constat, nous retenons que les populations qui se sont prononcées sur cette question sont sous informées sur les catégories des maladies.

- **THÈME III** : PRISE EN CHARGE DES MALADES

<i>Réactions vis-à-vis des personnes malades</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Je l'aide à se soigner.	20	51
Je le fuis	3	8
Je suis à ses petits soins et je prie pour lui	16	41
Total	39	100

Tableau 12 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly relatif à leurs réactions vis-à-vis des personnes malades.

Source : Données de l'enquête

Dans ce tableau, **51%** des personnes interviewées ont dit ceci « *je l'aide à se soigner* » contre **8%** affirmant « *je le fuis* » quand **41%** disent « *je suis à ses petits soins et je prie pour lui* ». Lorsqu'on analyse les données, nous constatons que les populations visitées sont toutes solidaires à l'égard malades de leur communauté. Elles soutiennent le et/ou la malade à l'idée que cette personne parvienne à surmonter le mal.

À la vérité, les personnes rencontrées agissent ainsi dans la mesure où elles pensent qu'un jour, elles peuvent être malades et la même attention pourra leur être accordée lorsqu'elles seront dans le besoin.

<i>Comment trouvez-vous les prix des prestations dans les hôpitaux ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
L'hôpital est trop cher	12	31
Les médicaments dans les hôpitaux tout comme dans les pharmacies sont chers or ce sont les mêmes médicaments que l'on trouve dans la rue.	13	33
Dans nos hôpitaux, tout s'achète et cela n'est pas bon.	12	31
Les prix sont abordables	2	5
Total	39	100

Tableau 13 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « Comment trouvez-vous les prix des prestations dans les hôpitaux ? »

Source : Données de l'enquête

Ce tableau nous donne de voir le niveau d'appréciation des prix des prestations des soins dans les centres de santé, dispensaires et l'hôpital général de Kouibly de la part des populations qui les fréquentent. À une fréquence de **33%**, elles estiment que « *les médicaments dans les hôpitaux tout comme dans les pharmacies sont chers or ce sont les mêmes médicaments que l'on trouve dans la rue* » ; **31%** trouve que « *Dans nos hôpitaux, tout s'achète et cela n'est pas bon* » du coup elle croit que « *L'hôpital est trop cher* » (**31%**). Par contre, **5%** dise que « *Les prix sont abordables* » dans les hôpitaux.

En somme, il convient de dire que dans ces contrées, les populations sont confrontées à la pauvreté de sorte que toute dépense dépassant le seuil du gain quotidien (entre 500F et 1000F CFA) est vue d'un mauvais œil de la part de celles-là.

<i>Comment trouvez-vous la qualité des soins à l'hôpital ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
On soigne bien à l'hôpital.	14	36
Les soins ne sont pas efficaces.	10	26
Je pense que la qualité des soins à l'hôpital dépend de l'argent que tu possèdes.	15	38
Total	39	100

Tableau 14 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « Comment trouvez-vous la qualité des soins à l'hôpital ? »

Source : Données de l'enquête

Les populations sont, d'une manière générale, partagées sur la qualité des soins dans les centres de santé, dispensaires et hôpital de la région. **38%** de personnes disent que « *la qualité*

des soins dans ces structures sanitaires dépend de l'argent qu'il possède » ; pour **36%** « on soigne bien à l'hôpital » contre **26%** des interviewés estimant que « les soins ne sont pas efficaces » dans les établissements sanitaires de villes et villages environnants.

À l'analyse, les personnes entendues ont une idée préconçue des hôpitaux. Tantôt, elles encensent les hôpitaux lorsqu'elles retrouvent la guérison. Dans le cas contraire, les centres de santé ne soignent pas bien ou comme il se doit. Il faut comprendre à ce stade que c'est l'expression d'un mal être en soi que ces derniers laissent s'exprimer. Un mal être qui est fonction par moment des traitements inhumains (l'amour prononcé de certains praticiens à l'égard de l'argent au détriment des soins) dont elles sont victimes.

• **THÈME IV** : COMMUNICATION

<i>Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer entre vous lors des problèmes de santé ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Le griot	17	44
Les réunions	13	33
Le 'bouche à oreille'	9	23
Total	39	100

Tableau 15 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer entre vous lors des problèmes de santé ? »

Source : Données de l'enquête

Dans la société Wê (Wôbé), le *griot* (nom et procédé hérités du peuple malinké avec qui le peuple Wê fait frontière au nord) est le moyen le plus utilisé, la preuve cela revient à une fréquence relative de **44%** dans les propos ; *les réunions* quant à elles occupent la seconde place avec **33%** contre **23%** pour le 'bouche à oreille'.

Comme nous avons pu le constater lors de notre séjour dans les départements de Facobly et Kouibly, la délivrance de tout type d'informations à la population de façon massive, les différentes autorités des villes et villages recourent au griot. De la sorte, elles estiment toucher une plus grande majorité des populations contre une petite partie de la population lors de réunions craignant que l'information ne soit confisquée par un groupuscule de personnes. En clair, avec ce procédé, les responsables des communautés croient véhiculer les informations aux personnes là où elles se trouvent et quelle que soit ce qu'elle fait comme activité. Le griot diffuse les messages le plus souvent dans la langue du terroir (wôbé) et en français au besoin.

<i>Comment vous vous transmettez les informations sur la santé ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
On envoie les responsables des familles parlé à leur membre.	20	51
Les responsables des jeunes et des femmes vont informer leurs membres.	19	49
Total	39	100

Tableau 16 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « Comment vous vous transmettez les informations sur la santé ? »

Source : Données de l'enquête

En pays Wê, à côté du griot, « les responsables des différentes familles que comptent le village » sont tenus en premier lieu informer et quitte à eux d'aller passer l'information aux membres de la famille élargie. Cela nous a été confirmé par **51 %** des interviewés. Ensuite, « les responsables des jeunes et des femmes vont informer leurs membres » les personnes dont qui auraient échappées échapper à l'information au niveau familial : 49% de la cible nous l'a dit également.

À observer de plus près, tout est mis en œuvre pour que l'information parvienne aux membres de la société, de la ville et du village. Ainsi, estiment-elles (les autorités) de ne point laisser les hommes, les femmes tout comme les jeunes sans informations ou hors de l'information de sorte à éviter et/ou à prévenir tout problème qui pourrait survenir au sein de la communauté.

<i>Dans quelle langue les agents de santé vous transmettent les informations sur la santé ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Français	29	74
Wê (wôbé)	10	26
Total	39	100

Tableau 17 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « Dans quelle langue les agents de santé vous transmettent les informations sur la santé ? »

Source : Données de l'enquête

Les populations rencontrées ont à **74%** de fréquence relative affirmé que la langue utilisée par les prestataires de soins pour communiquer avec elles est le *français*, contre **26%** affirmant que c'est dans la *Wê (Wôbé)* que se déroule la communication. Toutes les fois où la langue locale (Wôbé) est le code dans la communication sanitaire, cela est utilisé par les Agents de Santé Communautaires (ASC), chose qui dans tous les endroits que nous avons visités est monnaie courante.

De plus, dans l'incapacité voire dans l'impossibilité pour les médecins, infirmiers, sages-femmes de se faire comprendre de leur patient ou de comprendre celui-là au travers de la langue

française, ils recourent à un interprète (traducteur) comprenant la langue du patient. Celui qui rapporte au prestataire de soins ce que dit le patient dans sa langue et vice-versa ce que l'infirmier et/ou la sage-femme a dit en français au patient toujours dans sa langue.

<i>Dans quelle langue vous vous transmettez les informations sur la santé ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Wê (Wôbé)	29	59
Malinké	10	21
Français	10	20
Total	39	100

Tableau 18 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Dans quelle langue vous vous transmettez les informations sur la santé ?»

Source : Données de l'enquête

Le Wê (Wôbé) est à **59%** la langue la plus utilisée par les populations pour communiquer entre elles et cela de façon quotidienne. Le malinké et le français le sont moins, respectivement c'est à **21%** que *le malinké* est utilisée le plus souvent dans les transactions commerciales et si le commerçant ou la commerçante est issu(e) de ce groupe ethnique contre **20%** pour *le français* qui dépend de la personne qu'ils ont en face et si et seulement si elle prête le flanc.

C'est dire qu'à l'intérieur du pays plus précisément les zones rurales le français est de moins en moins utilisé comme langue de communication. La primeur est donnée aux langues du terroir dans la mesure où ces populations sont très peu voire même pas du tout alphabétisées. De la sorte, elles ne peuvent converser en français si ce n'est dans la langue qu'elles comprennent le mieux et quand le code langagier n'est pas identique chez les deux parties, les informations ne circulent pas.

- **THÈME V** : TERMINOLOGIE DES MALADIES EN LANGUE WÊ

<i>Comment les problèmes de santé publique sont-ils traduits dans la langue locale ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Association des réalités concrètes et abstraites.	19	49
L'importance des objets et leurs formes dans la société Wê	20	51
Total	39	100

Tableau 19 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question «Comment les problèmes de santé publique sont-ils traduits dans la langue locale ?»

Source : Données de l'enquête

Dans la construction des terminologies des maladies en langue locale Wê (Wôbé) l'on constate que les populations décrivent les maladies avec les choses ou objets qui les entourent

(association ou jonction des réalités abstraite et concrète). Ils associent les couleurs et les objets en vue de représenter la maladie. C'est le cas de la diarrhée qui en Wôbé se traduit « *di a sir* ». Littéralement ce terme signifie « *ventre qui tourne* », ici, les Wê (Wôbé) décrivent le ‘remue-ménage’ qui se déroule dans le ventre. Les constructions de terminologies sont plus ou moins complexes car chacun y va de sa sensibilité et de son expérience dans la langue Wê (Wôbé). Prenons l'exemple du *diabète*, certains Wôbé rencontrés disent « *siclewè* » (maladie du sucre) d'autres proposent « *di dè wè* » (maladie de la nourriture).

Les personnes qui trouvent les terminologies le plus souvent dans la société Wê (Wôbé), en cas ce qui nous a été donné de constater, ce sont les personnes âgées, les tradi-praticien(ne)s qui ont une parfaite maîtrise de la langue et de ses phonèmes, noumènes et surtout de leur perception des maladies. De la sorte, les noms donnés par ces derniers sont admis de tous.

<i>Quels sont les noms des maladies fréquentes dans les localités en langue locale ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Son (paludisme)	19	48
Son glaar (fièvre typhoïde)	5	13
Son sanhan (fièvre jaune)	5	13
Di a sir (diarrhée)	5	13
Sor wê (SIDA)	5	13
Total	39	100

Tableau 20 : Réponses des leaders de Facobly et Kouibly à la question « *Quels sont les noms des maladies fréquentes dans les localités en langue locale ?* »

Source : Données de l'enquête

Ce tableau traduit quelques terminologies des maladies en langue Wê (Wôbé). Cela dans l'optique de prouver que dans nos langues locales à l'instar du Wê, il existe bel et bien des terminologies pour faire connaître les maladies aux personnes qui partageant ou ne s'exprimant qu'en langues dites vernaculaires.

5.2.2. Entretiens avec les leaders communautaires, les hommes, les femmes et les jeunes de danané

À Danané, nous avons visité les quartiers peuplés à une forte majorité de Dan (Yacouba). Ces quartiers sont Gningléu, Bèlègleu et Danané village (c'est de ce village qu'est parti le grand Danané que nous connaissons aujourd'hui). Arrivé dans la ville le dimanche 04 septembre 2016, nous avons pris nos quartiers à Gningléu, endroit où nous avons débuté nos enquêtes avant d'investir la zone en vue d'une enquête à grande échelle. Renseignements pris, nous avons décidé de limiter nos enquêtes à Danané pour la simple raison de ce que nous étions en période de pluies ce qui rendait du coup impraticables les différentes pistes qui relient les villages limitrophes de la ville de Danané. Cependant, les sites choisis dans la ville ont les mêmes aspects que les villages de la région, ce qui nous a permis de dérouler nos investigations.

Dans ces endroits, nous avons eu des entretiens avec la population essentiellement Dan (Yacouba) et naturellement, la langue d'échange est le yacouba. Les focus group ont démarré avec les femmes (un groupe de six femmes dans chaque quartier) ; les hommes (un groupe de six hommes dans chaque quartier) ; les jeunes (un seul groupe de dix (10) jeunes à Gningléu) ; les chefs des différents quartiers visités et l'ancien maire de la commune de Danané (M. GBATO) qui aujourd'hui chef de son village. Ce dernier nous a été conseillé par le préfet du département que nous avons également rencontré à notre arrivée dans la ville (le but était de l'informer de notre présence et de l'objet de notre venue dans la ville). Les entretiens dans cette ville ont eu pour plage horaire de 10 heures à 11 heures et toujours à un jour d'intervalle. Le guide ayant servi pour les entretiens est présenté dans le chapitre intitulé « instruments de mesure ». Les tableaux et lignes qui suivent sont le compte rendu de ces entretiens. En clair, nous avons des entretiens avec **50 personnes** au total.

- **THÈME I : SAVOIRS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ**

<i>Qu'est-ce que la maladie ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
C'est le phénomène qui perturbe le fonctionnement naturel et normal du corps.	10	20
C'est quand tu ne te portes pas bien.	25	50
C'est le fait de se sentir mal dans la peau.	15	30
Total	50	100

Tableau 21 : Réponses des leaders de Danané à la question « *Qu'est-ce que la maladie ?* »

Source : Données de l'enquête

La maladie est à **20%** pour nous enquêtés « *ce qui détruit le corps de l'homme* » ; à **50%** certaines personnes pensent « *c'est quand tu ne te portes pas bien* » et **30%** qui croit que « *c'est*

le fait de se sentir mal dans sa peau ». Les populations écoutées ont chacune leur petite idée sur le terme de maladie et cela nous donne de voir un éventail de pensées des personnes rencontrées.

<i>Quelles sont les maladies fréquentes dans la zone de Danané ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Paludisme	25	46
Tension	5	9
Maux de ventre, tête, dents, dos, etc.)	5	9
IST, VIH/SIDA	10	18
Rhumatisme	5	9
Diabète	5	9
Total	50	100

Tableau 22 : Réponses des leaders de Danané à la question « Quelles sont les maladies fréquentes dans la zone de Danané ? »

Source : Données de l'enquête

Les maladies les plus fréquentes dans la zone de Danané selon les populations sont à **46%** le *Paludisme* ; *IST* et *VIH/SIDA* apparaissent à la seconde place avec **18%**. Les autres maladies qui font également fureur sont la *tension*, le *diabète* et les *maux* (de *ventre*, *dos*, *dents*, *tête*, etc.), ces maladies apparaissent chacune à **9%** de fréquence relative dans les propos des interviewés. Les populations ont une claire connaissance des maladies qui sont fréquentes dans le département de Danané.

<i>Quelles sont les causes probables des maladies ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
La fatigue occasionnée par l'excès d'efforts physiques.	15	30
Le soleil	20	40
Rapports sexuels non protégés	8	16
Mauvaise alimentation	7	14
Total	50	100

Tableau 23 : Réponses des leaders de Danané à la question « Quelles sont les causes probables des maladies ? »

Source : Données de l'enquête

Les causes qui occasionnent les maladies sont légions pour les Dan (Yacouba) de Danané. Ces derniers croient à **40%** que « le soleil » cause la maladie, à **30%** c'est « la fatigue occasionnée par l'excès d'efforts physiques » qui donne la maladie. Par ailleurs, **16%** pense que c'est « les rapports sexuels non protégés » et **14%** la « mauvaise alimentation » qui font parties des causes des maladies.

À l'analyse les populations ne parviennent pas à faire la différence entre cause et facteur des maladies. Cela traduit le besoin de leur apporter des informations dans ce sens de sorte à les outillés pour mieux faire la distinction entre ces deux (2) termes.

<i>Itinéraire thérapeutique choisi en cas de maladies.</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Je débute les soins à l'hôpital puis je poursuis avec les soins des tradi-praticiens.	8	16
Je débute les soins chez les tradi-praticiens. Si la maladie persiste, je me rends dans à l'hôpital pour d'autres soins.	27	54
Je me traite à l'indigénat uniquement.	15	30
Total	50	100

Tableau 24 : Réponses des leaders de Danané sur « l'Itinéraire thérapeutique choisi en cas de maladies. »

Source : Données de l'enquête

Les Yacouba de Danané ont bien des itinéraires thérapeutiques différents. La majeure partie soit **54%** « débute les soins chez les tradi-praticiens et c'est lorsque la maladie persiste qu'il recourt à l'hôpital. ». Par contre, **16%** des Dan (Yacouba) nous a dit « débiter les soins en cas de maladie à l'hôpital et poursuivre les mêmes soins chez les tradi-praticiens », quand une frange de cette même population soit **30%** affirme se « traiter à l'indigénat uniquement. »

Lorsqu'on observe ce tableau, l'on constate que la population opte pour les soins traditionnels au premier abord car ces médicaments existent pour les personnes qui n'ont pas les moyens (assez de moyens) et elle arrive dans les hôpitaux si et seulement si la maladie persiste ou prend de l'ampleur ; dans ce cas, il va s'en dire que c'est pratiquement en phase terminale qu'elle arrive dans les centres de santé.

<i>Comment voyez-vous la maladie ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
La maladie est mauvaise car elle t'empêche de travailler, de manger ; elle est venue pour tuer.	25	50
La maladie perturbe le cycle de vie, déséquilibre tout dans la maison.	10	20
La maladie est une mauvaise chose.	15	30
Total	50	100

Tableau 25 : Réponses des leaders de Danané à la question « Comment voyez-vous la maladie ? »

Source : Données de l'enquête

Les maladies sont diversement appréciées par les populations Dan (Yacouba) selon les termes utilisés cependant elles (les appréciations) vont dans le même sens. Ainsi, les Dan estiment-ils à **80%** que « *la maladie est mauvaise car elle est venue pour tuer* » contre à peine **20%** qui voit « *la maladie perturbe le cycle de vie, déséquilibrer tout dans la maison.* »

De l'avis général, la maladie procure une peur vive aux personnes rencontrées lors des focus group. eu égard aux nombreux dégâts qu'elle occasionne chez l'homme et cela à tous les niveaux de la vie de celui-là.

• **THÈME II** : PERCEPTIONS SUR LES MALADIES

<i>Combien de catégories de maladies existent-ils ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Il existe plusieurs catégories de maladies.	45	90
Il existe deux (2) catégories de maladies.	5	10
Total	50	100

Tableau 26 : Réponses des leaders de Danané à la question « *Combien de catégories de maladies existent-ils ?* »

Source : Données de l'enquête

Les catégories des maladies sont nombreuses pour les Dan (Yacouba) de Danané en témoigne le pourcentage élevé de la fréquence relative (**90%**) de ces termes dans les propos des habitants de lieux visités. Par contre **10%** de ces habitants affirme « *qu'il existe deux (2) catégories de maladies.* »

Ce dernier qui croit en l'existence de deux (2) catégories de maladies sont des personnes très averties sur la question, elles détiennent des savoirs non moins négligeables sur la classification des maladies d'une manière générale à contrario de celle-là qui croit en l'existence de plusieurs catégories de maladies. Elle, dans son esprit, pense qu'une maladie équivaut à une catégorie et cela n'a pas varié même après les clarifications que nous leur avons apportées sur la question de la classification des maladies. Les tableaux 24 et 25 qui suivent tout juste nous en donnent un aperçu.

<i>Pensez-vous qu'il existe des maladies dites chroniques ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Oui	5	10
Non, toutes les maladies sont les mêmes.	45	90
Total	50	100

Tableau 27 : Réponses des leaders de Danané à la question « *Pensez-vous qu'il existe des maladies dites chroniques ?* »

Source : Données de l'enquête

<i>Pensez-vous qu'il existe des maladies dites aigues ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Oui	5	10
Non, toutes les maladies sont les mêmes.	45	90
Total	50	100

Tableau 28 : Réponses des leaders de Danané à la question « Pensez-vous qu'il existe des maladies dites aigues ? »

Source : Données de l'enquête

• **THÈME III** : PRISE EN CHARGE DES MALADES

<i>Réactions vis-à-vis des personnes malades</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Je lui dis de se rendre à l'hôpital et si le mal persiste, je le conduis chez le tradipraticien.	17	34
Je lui apporte mon aide financière si possible pour l'achat des médicaments et des soins.	17	34
Je reste à ses côtés pour qu'il puisse retrouver la guérison.	16	32
Total	50	100

Tableau 29 : Réponses des leaders de Danané sur leurs « Réactions vis-à-vis des personnes malades »

Source : Données de l'enquête

Le tableau ci-dessus nous donne à voir combien de fois les populations Dan (Yacouba) de Danané sont solidaires de leurs malades. **34%** de cette population nous a dit « donner des conseils au malade en vue de se rendre dans le centre de santé le plus proche ou à l'hôpital » ; également **34%** dit « apporter leur aide financière si possible au malade pour l'achat des médicaments et des soins. ». De plus, **32%** des Dan (Yacouba) « reste aux côtés du malade de sorte à ce qu'il retrouve la guérison. »

Dans les zones rurales, les populations sont aux petits soins de leurs malades. Elles mettent tout en œuvre pour permettre à la personne qui est frappée d'un mal quelconque de se sentir aimé ; de ne pas croire qu'elle est seule dans cette situation et surtout qu'elle retrouvera la guérison.

• **THÈME IV** : PRIX ET QUALITÉ DES SOINS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL ET LE DISPENSAIRE URBAIN DE DANANÉ

<i>Comment trouvez-vous les prix des prestations dans les hôpitaux ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Les soins sont trop chers.	13	26
Les soins sont chers.	30	60
Les prix des soins sont abordables.	7	14
Total	50	100

Tableau 30 : Réponses des leaders de Danané à la question « Comment trouvez-vous les prix des prestations dans les hôpitaux ? »

Source : Données de l'enquête

Les personnes avec lesquelles nous avons échangé sur cette question, trouvent à **60%** que « *les soins dispensés à l'hôpital général et le dispensaire urbain de Danané sont chers* ». Pour les autres, **14%** disent trouver *les prix des soins abordables* quand **26%** pense le contraire à savoir « *les soins sont trop chers.* »

Pour nous, ces avis sont l'expression réelle d'un mal être de la population au niveau de leur situation financière dans cette zone de la Côte d'Ivoire. C'est une population pauvre (voire plus ou moins misérable) dans leur grande majorité. Alors pour s'en sortir, elle pratique de petites activités génératrices de revenus et les petits métiers (commerce, garagiste, conducteur de moto-taxis, vendeuse de beignets, cordonnier, pousseur de pousse-pousse, travaux champêtres, etc.). De ce qui précède, il est difficile d'accepter pour cette population toute dépense qui est supérieure et/ou égale à leur gain journalier (toute sortie d'argent).

<i>Comment trouvez-vous la qualité des soins à l'hôpital ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
La qualité des soins est bonne.	30	60
La qualité est acceptable.	15	30
La qualité n'est pas bonne.	5	10
Total	50	100

Tableau 31 : Réponses des leaders de Danané à la question « Comment trouvez-vous la qualité des soins à l'hôpital ? »

Source : Données de l'enquête

La qualité des soins dans le dispensaire urbain et l'hôpital général de Danané est à **60%** de *bonne qualité* pour les patients et patientes ; **30%** trouve *les soins acceptables* et **10%** « *les soins de mauvaise qualité.* »

Dans l'ensemble, les soins sont bien administrés malgré leurs chertés. Ce qui fait dire à certaines personnes que la qualité de soins dépend de ta capacité financière à t'offrir ces soins.

THÈME V : COMMUNICATION

<i>Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer entre vous lors des problèmes de santé ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Le crieur public (<i>Nowomin</i>)	25	50
Les rencontres face à face et/ou réunions	20	40
Le "bouche à oreille"	5	10
Total	50	100

Tableau 32 : Réponses des leaders de Danané à la question «*Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer entre vous lors des problèmes de santé ?*»

Source : Données de l'enquête

Les moyens utilisés par les responsables de la communauté dan (Yacouba) de Danané sont à **40%** les rencontres face à face et/ou réunions ; à **50%** le crieur public (*Nowomin*) et à **10%** le "bouche à oreille".

<i>Dans quelle langue les agents de santé vous transmettent les informations sur la santé ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Dan (Yacouba)	15	30
Français	35	70
Total	50	100

Tableau 33 : Réponses des leaders de Danané à la question «*Dans quelle langue les agents de santé vous transmettent les informations sur la santé ?*»

Source : Données de l'enquête

<i>Dans quelles langues vous transmettez les informations sur la santé ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Dan (Yacouba)	17	34
Français	16	32
Malinké	17	34
Total	50	100

Tableau 34 : Réponses des leaders de Danané à la question «*Dans quelles langues vous transmettez les informations sur la santé ?*»

Source : Données de l'enquête

La lecture des deux (2) tableaux ci-dessus, nous montrent les langues qui sont utilisées par les prestataires de soins d'une part dans l'exercice de leur profession et par les responsables communautaires dans la diffusion des informations sanitaires à leur population d'autre part.

Les prestataires de soins recourent à la langue française (**70%**) pour communiquer avec leurs patients et pour donner les informations de santé. Lorsque le Dan (Yacouba) (**30%**) ou une autre langue locale intervient (à l'hôpital et le dispensaire urbain) dans les consultations médicales,

cela est le fait des garçons et filles de salle que les prestataires de soins utilisent au besoin comme traducteurs (ou interprètes).

Après que les médecins, infirmiers, sages-femmes et autres autorités administratives aient communiqué aux responsables communautaires les informations sur les maladies ; ces derniers utilisent la langue Dan (Yacouba) à **34%** pour informer leur population et compte tenu de la présence d'une forte communauté malinké dans la zone et même de certains Dan (Yacouba) s'exprimant et comprenant que le malinké, ils utilisent à **34%** également cette langue-là pour donner les informations. Aussi, étant donné qu'il y a des personnes qui ne comprennent ni le Dan (Yacouba), ni le malinké, le français est convoqué à **32%** pour véhiculer les informations à l'endroit de cette frange de la population.

- **THÈME VI : TERMINOLOGIE DES MALADIES EN LANGUE DAN**
(YACOUBA)

<i>Comment les problèmes de santé publique sont-ils traduits dans la langue locale ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Description de la manifestation de la maladie.	30	60
Association de la description des objets du terroir, de leurs sens connotés et de la perception de la maladie.	20	40
Total	50	100

Tableau 35 : Réponses des leaders de Danané à la question « Comment les problèmes de santé publique sont-ils traduits dans la langue locale ? »

Source : Données de l'enquête

La traduction des problèmes de santé publique en langue Dan (Yacouba) obéit plusieurs processus selon l'esprit et l'inspiration de tout un chacun. Ainsi, le premier processus consiste « à *décrire la manifestation de la maladie* » pour ensuite parvenir à la détermination d'une terminologie dans la langue Dan (Yacouba). Ce processus intervient dans les propos de populations à une fréquence relative à **60%**.

Par ailleurs, la fabrication des terminologies des maladies dans la langue Dan obéit à « *une association de la description des objets du terroir, de leurs sens connotés et de la perception de la maladie* ». À une fréquence relative à **40%**, les propos des personnes entendues l'ont mentionné.

<i>Quels sont les noms des maladies fréquentes dans la localité de Danané dans la langue Dan (Yacouba) ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Likia ou likia ti (Paludisme et ses variantes : fièvre jaune, typhoïde, iter, etc.)	10	20
Zan (Diarrhée)	10	20
Foueu don (Tuberculose)	10	20
Don (Toux)	5	10
Kougou peu (Hémorroïde)	5	10
Gnimôglou (Cholera)	10	20
Total	50	100

Tableau 36 : Réponses des leaders de Danané à la question «*Quels sont les noms des maladies fréquentes dans la localité de Danané dans la langue Dan (Yacouba) ?*»

Source : Données de l'enquête

Ce tableau présente certaines terminologies des maladies récurrentes dans le département de Danané. Ces termes sont admis de toutes les personnes que nous avons écoutées et les termes comme Kougou peu (Hémorroïde) et Don (Toux) ont été déterminés par une dizaine de personnes sur l'ensemble des participants aux différents focus group (**10%**), quant aux restes des terminologies, ces termes ont fait l'unanimité des interviewés (**20%**).

5.2.3. Entretiens avec les infirmiers et sages-femmes diplômés d'état des centres de santé urbains de Facobly, de Poubly, du dispensaire rural de Souebly-Maebly et du dispensaire urbain de Danané.

Lors de nos enquêtes dans les départements de Danané, Facobly et Kouibly, nous avons eu des entretiens semi-directifs avec les infirmiers et sages-femmes diplômés d'état des localités de Facobly pour la simple raison que ceux-là reçoivent au quotidien les malades, les patients dans ces localités contrairement aux médecins-chefs qui reçoivent la majeure partie du temps sur rendez-vous. Seuls le Centre de santé urbain de Facobly et le dispensaire urbain de Danané regorgent de médecins-chefs sur l'ensemble des structures sanitaires que nous avons visitées. Cependant, nous n'avons pas pu nous entretenir avec le médecin-chef du centre de santé urbain de Facobly étant donné qu'il était en congés durant tout le mois d'Août 2016. Celui du dispensaire urbain de Danané avait effectué une mission à Abidjan durant notre séjour dans le département (du 05 au 17 septembre 2016).

Les entretiens se sont déroulés dans leurs différents bureaux et lieux de travail et jusqu'à épuisement des thèmes figurant sur le guide. Nous avons interviewé **2 infirmiers** et **2 sages-femmes** au centre de santé urbain de Facobly ; **1 infirmier** au dispensaire rural de Souebly-Maebly ; **2 infirmiers** et **2 sages-femmes** au centre de santé urbain de Poubly ; **2 infirmiers** au dispensaire urbain et **2 sages-femmes** à la maternité Hadja Nabintou Cissé de Danané : cela donne au total **13 prestataires de soins** interrogés. Tous ces personnes ne sont pas issues des zones de Danané, Facobly et Kouibly, les profils linguistiques de tous ces agents sont pour l'essentiel : *Bété, Ébrié, M'gbato, Baoulé, Abbey, Bassamois, Senoufo, Ouan, Attié* et *Yacouba* (1 infirmier au dispensaire urbain de Danané). Les lignes suivantes donnent la quintessence des différents thèmes abordés avec ces prestataires de soins.

• **THÈME I : ACCUEIL**

<i>Comment les malades sont-ils accueillis dans votre hôpital ou centre de santé ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Les patients sont accueillis en premier au bureau des entrées où on prend leur température, poids, taille, tension et on leur délivre un carnet de santé à ceux qui n'en possèdent pas.	7	54
Les femmes sont accueillies sur notre terrasse qui sert de bureau des entrées pour la maternité où nous recueillons certains paramètres.	6	46
Total	13	100

Tableau 37 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question « Comment les malades sont-ils accueillis dans votre hôpital ou centre de santé ? »

Source : Données de l'enquête

L'accueil des patients et patientes dans les structures sanitaires des zones visitées obéit à un processus. Les infirmiers et sages-femmes rencontrés nous ont décrit le processus d'accueil de ces derniers.

Le patient ou la patiente qui se rend dans les dispensaires et centres de santé de Poubly, Souebly-Maebly, Facobly et Danané, pour recevoir des soins, passe par le bureau des entrées. Là, il s'acquitte de frais de consultation oscillant entre 100f CFA et 500f CFA selon le milieu. Ces frais donne droit à la prise d'un certain nombre de paramètres chez le patient à savoir, sa température, son poids, sa taille, sa tension artérielle, et il achète un carnet de santé s'il n'en possède pas. Du bureau des entrées, il est conduit chez l'infirmier ou le médecin de service.

Quant aux femmes enceintes (parturientes) ou pas mais souhaitant se rendre à la maternité, elles y sont conduites directement et c'est en ce lieu qu'elles s'acquittent de tous les frais relatifs au traitement souhaité. Cependant la procédure reste la même (le recueil de certains paramètres chez le patient). Les processus d'accueil du patient comme de la patiente n'ont été fournis par les infirmiers à **54%** et par les sages-femmes à **46%**.

• **THÈME II** : CONSULTATION

<i>Comment se déroule la consultation des patients dans votre établissement sanitaire ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
La consultation est personnelle et confidentielle. Elle se déroule selon l'ordre d'arrivée des patients et selon les urgences. Lors de la consultation, on prend tout d'abord les données administratives du patient (nom, âge, sexe, profession, résidence habituelle, situation matrimoniale, type de population soit professionnels du sexe ou utilisateurs de drogues injectables, contacts, etc.) puis les antécédents médicaux, le mode de vie, le type de visite, enfin la consultation et/ou le contrôle.	7	54
Lorsque c'est une première visite, on collecte les données administratives des dames puis on passe à la consultation et/ou le contrôle de son état.	6	46
Total	13	100

Tableau 38 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question « Comment se déroule la consultation des patients dans votre établissement sanitaire ? »

Source : Données de l'enquête

Dans les centres et structures de santé visités, la consultation des patients obéit également à des règles.

Le patient, une fois reçu par l'infirmier, celui-ci prend à nouveau sa température, sa tension artérielle, ses données administratives (nom, âge, sexe, profession, résidence habituelle, situation matrimoniale, contacts, etc.). Par la suite, le prestataire de soins détermine le type de population à laquelle appartient le patient (soit professionnels du sexe ou utilisateurs de drogues injectables, etc.), puis les antécédents médicaux, le mode de vie, le type de visite et enfin la consultation et/ou le contrôle débute.

La consultation est réservée au patient qui pour la première se rend dans un centre de santé donné pour recevoir des soins. Quant au contrôle, c'est le rendez-vous donné au patient qui a été

déjà consulté dans le centre de santé et qui revient pour que le prestataire de soins s'assure de l'amélioration ou non de l'état de santé du patient.

Avec les femmes, c'est le même déroulement de la consultation que mène la sage-femme avec quelques exceptions.

<i>Quelles sont les maladies récurrentes dans la localité ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Paludisme	8	61
Pneumonie (la toux)	1	8
Anémie	1	8
Tension	1	8
IST, VIH/SIDA	1	8
Malnutrition	1	7
Total	13	100

Tableau 39 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «*Quelles sont les maladies récurrentes dans la localité ?*»

Source : Données de l'enquête

Les maladies fréquentes dans les zones que nous avons sillonnées sont *le paludisme (61%)* qui constitue l'essentiel des motifs pour lesquels les patients se rendent dans les centres de santé et les dispensaires (urbain et rural).

À côté de cette pathologie, il y a *les infections sexuellement transmissibles (IST)* ; le *VIH/SIDA* ; *la pneumonie (la toux)* ; *la tension* ; *l'anémie* et *la malnutrition*. Ces pathologies sont selon les prestataires de soins rencontrés les plus récurrentes.

Par ailleurs, ces derniers nous ont confié une résurgence du paludisme qui est à **76%** des cas de consultation dans la zone de Danané et cela malgré la distribution de moustiquaires imprégnées dans cette zone et qui est sensé réduire le taux d'infection du paludisme.

• **THÈME III** : COMMUNICATION - COMPRÉHENSION

<i>Quels sont les moyens que vous utilisez lors de la consultation des patients ne s'exprimant qu'en langues locales ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Étant donné que je ne comprends pas la langue locale, je fais appel soit à un garçon et/ou une fille de salle, soit à un autre patient ou une tierce personne comprenant la langue du patient pour traduire mes propos et les propos du patient qui ne comprend et ne s'exprime qu'en langue locale.	7	54
Étant donné que je ne comprends pas la langue locale, avec les femmes qui ne s'expriment et/ou ne comprennent que la langue locale, je recours aux matrones et/ou aux filles de salle pour la traduction de mes propos et de ceux de la dame.	6	46
Total	13	100

Tableau 40 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «*Quels sont les moyens que vous utilisez lors de la consultation des patients ne s'exprimant qu'en langues locales ?*»

Source : Données de l'enquête

Les infirmiers et sages-femmes qui exercent dans les zones de Facobly, Kouibly et Danané où les langues locales Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) les plus utilisées dans la communication, disent rencontrer d'énormes difficultés dans l'exercice de leur profession.

En effet, dans les centres et structures de santé des endroits visités, la majeure partie des patients et patientes qui se rendent dans ces structures ne s'expriment et ne comprennent que les langues évoquées plus haut. Face à ces derniers, les prestataires de soins nous ont dit recourir au service des filles et garçons de salle exerçant dans ces centres pour traduire les propos de ces patients.

Il convient de préciser que la totalité ou presque des agents de santé rencontrés ne sont pas issus des départements visités et malgré la longue présence de certains infirmiers et sages-femmes dans ces zones, ils ne parviennent toujours pas à s'exprimer dans lesdites langues. Du coup, le recours à une tierce comprenant la langue du patient est fréquent de la part des soignants.

Dans le centre de santé urbain de Poubly, à titre d'exemple, les deux infirmiers qui sont Bété pour le plus jeune et Senoufo pour l'infirmier major demandent aux patients du village de

toujours se faire accompagner d'un parent qui comprend français et capable de traduire dans la langue du patient les propos de l'infirmier. Lorsque ce n'est pas le cas, l'infirmier fait appel à un garçon et/ou une fille de salle qui comprend la langue pour la traduction ; pire si tous ces agents sont occupés alors, il fait appel à un autre patient qui est dans le rang pour la traduction des propos du malade. Une telle pratique n'est pas sans risque dans la mesure où cela met à mal le secret médical qui est une exigence dans le secteur de la santé. Une telle situation peut faire naître de la réticence chez le patient, celui-ci ne va pas livrer entièrement son mal au soignant.

<i>Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer avec les populations ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Notre relais auprès des populations c'est les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les matrones.	5	38
Le griot (Badia-Facobly et Kouibly) Le crieur public (Nowomin Danané)	4	31
Les radios locales à Danané	4	31
Total	13	100

Tableau 41 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «*Quels sont les moyens que vous utilisez pour communiquer avec les populations ?*»

Source : Données de l'enquête

Le moyen le plus utilisé pour faire passer les informations de santé aux populations des zones rurales à l'instar de Facobly, Kouibly et Danané : c'est les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les matrones. Ces derniers sont le principal relais (**38%**) des infirmiers et autres prestataires de soins auprès des populations. Les ASC et les matrones sont recrutés dans les communautés ou villages et formés par les agents de santé et renvoyés auprès des leurs dans l'optique que ceux-là puissent informer leurs parents sur les maladies dans la langue qu'ils ont en partage. Du coup, il n'y a pas de contact permanent entre les infirmiers, sages-femmes, médecins et les populations. Cette pratique qui pour les décideurs serait porteur de fruit ne l'est pas dans la pratique. Les populations obéissent aux personnes à qui il est reconnu le droit d'apporter des soins et non à des substituts.

Les personnes de façon générale apprennent par l'exemple et le suivi. Or, les ASC et les matrones ne résident pas dans le village le plus souvent et si c'est le cas ils ne mettent pas en pratique les mesures et les messages qu'ils véhiculent d'où les populations ne les mettront pas en pratique non plus.

Les agents de santé ne mènent pas des activités de suivi sur le terrain des ASC et matrones en vue de déceler ou non les failles ou faiblesses dans les actions et agissements de ces derniers (ASC et matrones). De telles pratiques ne pourront guère occasionner un changement de comportements des populations cibles.

À côté des ASC et matrones, les agents de santé des structures sanitaires visitées ont également recours au griot (Badia-Facobly et Kouibly) ; au crieur public (Nowomin Danané) et aux radios locales à Danané (**31%** chacun). Les messages à travers ces moyens sont donnés dans la langue Wê (Wôbé), Dan (Yacouba), Malinké et Français.

<i>Les patients comprennent-ils le diagnostic énoncé lors de la consultation ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Dans l'ensemble, le patient comprend le diagnostic.	10	77
Il y a certains patients qui me disent n'avoir rien compris dans le diagnostic que j'établis.	3	23
Total	13	100

Tableau 42 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question « Les patients comprennent-ils le diagnostic énoncé lors de la consultation ? »

Source : Données de l'enquête

À la question « *les patients comprennent-ils le diagnostic énoncé lors de la consultation ?* », les infirmiers et sages-femmes ont répondu sans ambages.

Dans la majorité des réponses à cette question, il est revenu à une fréquence relative à **77%** l'expression « *Dans l'ensemble, le patient comprend le diagnostic.* » contre **23%** « *Il y a certains patients qui me disent n'avoir rien compris dans le diagnostic que j'établis.* »

Ces réponses traduisent la difficulté des agents de santé d'arriver toujours à se faire comprendre du patient dans les structures sanitaires situées à l'intérieur du pays et cela a des répercussions plus ou moins néfastes sur l'état de santé des individus et leur environnement .

- **THÈME IV : CONTINUITÉ**

<i>Les patients que vous avez</i>		
-----------------------------------	--	--

<i>une fois consulté reviennent-il vous consultez lorsqu'ils sont malades à nouveau ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Toutes les consultations se terminent par un rendez-vous. Donc, lorsque le patient se porte mieux après la consultation, il ne revient pas. Par contre, lorsqu'il rechute ou est mal en point après la consultation, il revient me voir.	7	54
Les dames qui viennent à nous, ce sont les femmes enceintes donc elles reviennent dans l'ensemble pour la surveillance de la grossesse et autres maux.	6	46
Total	13	100

Tableau 43 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question «Les patients que vous avez une fois consulté reviennent-il vous consultez lorsqu'ils sont malades à nouveau ?»

Source : Données de l'enquête

Ce qui nous a été donné de constater durant notre séjour dans ces différentes zones est que les consultations des patients par les prestataires de soins se terminent par la fixation d'un rendez-vous au malade (**56%**). Dans les maternités également les consultations débouchent sur des rendez-vous (**46%**).

Cependant, les rendez-vous sont plus honorés dans les services de la maternité qu'au niveau de l'infirmierie et du dispensaire. Les raisons sont :

- le malade, lorsqu'il se porte mieux avant le rendez-vous, ne revient plus dans le centre de santé pour honorer le rendez-vous. Mais, il y revient lorsqu'il n'y a pas d'amélioration positive dans son état de santé.
- À la maternité, étant donné que généralement c'est soit pour les cas de grossesses, soit pour les cas de vaccination du nouveau-né, etc., les femmes ou les mères ne voulant pas avoir de complication dans le déroulement de la grossesse et/ou ne voulant pas mettre en danger la santé de leur enfant y retournent pour honorer le rendez-vous fixé auparavant.

- **THÈME V : OBSERVANCE**

<i>Les patients respectent-ils les prescriptions que vous leur donnez ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Les patients dans leur ensemble respectent les prescriptions.	7	54
Il y a des patient(e)s qui trichent dans le respect des prescriptions. Lorsqu'ils sentent une amélioration bien avant le terme du traitement, ils retombent dans leurs vieilles habitudes et ils rechutent.	6	46
Total	13	100

Tableau 44 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question « Les patients respectent-ils les prescriptions que vous leur donnez ? »

Source : Données de l'enquête

<i>Comment vous vous assurez que les patient(e)s ont bien respecté les prescriptions ?</i>	Effectifs	Fréquence relative (%)
Je pratique contrôle du patient.	10	77
J'observe son physique.	3	23
Total	13	100

Tableau 45 : Réponses des infirmiers et sages-femmes diplômés d'État à la question « Comment vous vous assurez que les patient(e)s ont bien respecté les prescriptions ? »

Source : Données de l'enquête

Les tableaux 44 et 45 contiennent les réponses des infirmiers et Sages-femmes aux questions suivantes : « *Les patients respectent-ils les prescriptions que vous leur donnez ?* » et « *Comment vous vous assurez que les patient(e)s ont bien respecté les prescriptions ?* ».

D'une manière générale, les prestataires de soins rencontrés ont estimé dans leurs propos que « *les patients dans leur ensemble respectent les prescriptions à eux données* » (54%) contre (46%) « *Il y a des patient(e)s qui trichent dans le respect des prescriptions. Lorsqu'ils sentent une amélioration bien avant le terme du traitement, ils retombent dans leurs vieilles habitudes et ils rechutent.* »

Par ailleurs, pour s'assurer que les patients ont effectivement respecté les prescriptions, deux voies s'offrent aux soignants.

La première est « *l'observation de l'aspect physique du patient.* » (23%), la seconde voie est « *la pratique d'un contrôle du patient.* » (77%). Cette dernière voie est la plus utilisée par les agents de santé pour se faire une idée claire de l'état de santé du patient. Cependant, cette

technique est appliquée si et seulement si le patient honore le rendez-vous à lui fixé après la première consultation.

5.3. PRÉSENTATION DES TERMINOLOGIES DES MALADIES RECURRENTES EN LANGUES WÊ (WÔBÉ) ET DAN (YACOUBA)

5.3.1. TERMINOLOGIES DES MALADIES RECURRENTES EN LANGUE WÈ (Wòbè)

Noms des maladies en français	Terminologies en langue wè (Wòbè)	
	Écriture phonologique	Écriture orthographique
Fièvre	/ sù /	'sɔn
Paludisme	/ sù klāá /	'sɔn klaa"
Fièvre typhoïde	/ sù plû /	'sɔn 'plu-
Fièvre jaune	/ sù sàà /	'sɔn -saan
Itère	/ bá blí pō bā kēē / / báá blíí pō bā kēēē /	"ba "bli po ba kēen (Facobly) 'baa 'blii po ba kēen (Kouibly)
Tuberculose	/ kwē tǒ / /fēé kwè /	kwē _tɔɔn / 'fēe kwe
IST / VIH SIDA	/ jré wè /	'jre -swè
Mal de ventre	/ díá pōá /	'dia poa'
Mal de dos	/ kpú á pōá / / kpú á pōá /	'kpu 'a poa' / 'kpu 'a poa'
Mal de dents	/ nyé á pōá / /nyrén á pōá	'nyren 'a poa'/ ɲren 'a poa'
Mal de tête	/ jru á bájá /	"jru 'a 'baya
Mal d'yeux	/ jri á pōá /	"jri 'a poa'
Dysenterie	/ kláé /	'klae
Anémie	/ nmǒ sē ɔ mú ní /	nmɔn se ɔ 'mu 'ni
Hernie	/ ηmù/ηmǒ / /ngmù/ ngmǒn/	-ηmu / -ηmɔn -ngmu / -ngmɔn
Hernie étranglée	/ dí ηmú/ dí ηmǒ / /dí ηmó/	'di -ηmu / 'di -ηmɔn 'di -ηmɔ
Ulcère de burili	/sù kǎ/ / sún cúó /	-sun cvo-
Hémorroïde	/ pó sù dé /	-po' -sɔn "de
Rhumatisme	/kpádí wè / dāí wè /	'kpadi wè- / dai' wè-
Diarrhée	/dí á siā /	'di 'a -sia
Diabète	/ síklí wè / wǒ nmǒ dī ā wé/	'siklɪ -wè / wɔn nmɔn di a 'wè
Gonococcie / Chaude pisse	/ tǒu wè /	-tɔu -wè
Varicelle	/ dī mēē /	di 'mēen-
Furoncle	/ plūû /	plu'un-
Bosse	/ sè /	-sun

Traduction : Les populations Wè (Wôbé) des départements de Facobly et Kouibly

Transcription : **écriture phonologique** : Doctorant GUEHI Siesson Welly au département de linguistique (UFHB) ; **écriture orthographique** : Dr SEA, enseignant-chercheur au département de linguistique (UFHB)

**TERMINOLOGIES DES MALADIES
RECCURRENTES EN LANGUE DAN (YACOUBA)**

Noms des maladies en français	Terminologies en langue Dan (yacouba)	
	Glose	Écriture phonologique
Paludisme	lújà	lúdjà
Fièvre jaune	lújà tii	lúdjà tii
Dysenterie	zǎjuàà	zanyuàà
Tuberculose	fòòdò	fòòdòn
Anémie	péhǎjúuàà	péngǎjúuàà
Hernie	gónnù juáá	gónnù yuáá
Hernie étranglée	gónnù juááʒē gónsúuzl	gónnù yuááʒē gónsúuzl
Ulcère de burili	bǎyǎjuàà	bööyuàà
Hémorroïde	klúgǎp̄l	klúgónp̄l
Rhumatisme	gāúk̄l	gālúk̄l
Diarrhée	jǎʒēglúú	jǎʒēglúú
Itère	glúú jò	glúú jòn
Mal de ventre	gwúudēk̄l	gwúudhēk̄l
Mal de dos	kòk̄l	kòk̄l
Mal de dent	sǎk̄l	sónk̄l
Mal de tête	gòúp̄i	gòúp̄i
Diabète	súk̄álújuàà	súk̄álúyuàà
Varicelle	mlùsēñ	mlùsēnng
Furoncle	diłł	diłł
Mal d'yeux	jǎk̄l	jánk̄l
bosse	kwlàà	kwlàà
fièvre	kwíkúđē	kwíkúndhē
IST / VIH-SIDA	wòòjuàà	wòòyuàà
Gonococcie / chaude pisse	nùkódějuàà	nùkódhěyuàà
choléra	jǎbhòglúú	jǎbhòglúú

Traduction : Les populations dan (Yacouba) de Danané

Transcription : Dr GONDO, chercheur à l'Institut de Linguistique Appliquée (UFHB)

5.4. CONFRONTATION DES RÉSULTATS DES ZONES DE L'ÉTUDE : DÉPARTEMENTS DE FACOBLY, KOUIBLY ET DANANÉ

Dans cette partie, nous confronterons les résultats des départements de Facobly, Kouibly et Danané, afin d'esquisser notamment les premières tendances en vue de répondre à la question de recherche. Cette confrontation n'est nécessaire que pour les résultats pertinents pour la suite de l'étude. Ainsi présenterons-nous, dans un premier temps les savoirs, croyances et pratiques des populations à l'égard des maladies dans les deux départements. Nous croiserons ensuite les attitudes et comportements des deux populations. Par ailleurs, nous présenterons les forces et faiblesses des langues locales et enfin l'exposition aux médias des deux populations Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé).

5.4.1. Savoirs, croyances et pratiques des populations Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé)

Dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané, les savoirs, croyances et pratiques des populations diffèrent d'une personne à une autre. Les individus écoutés ont chacun sa conception du terme « maladie ». Lorsque nous nous enfonçons dans l'ouest de la Côte d'Ivoire, les propos varient. Plus révélateur, le pourcentage des personnes nous ayant donné leurs réponses sur ce que c'est que la maladie varie également. Le tableau ci-dessous illustre bien ces propos.

<i>Qu'est-ce qu'une maladie ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>C'est ne pas se sentir bien dans sa peau.</i>	43%	78%
<i>C'est ne pas se sentir bien dans sa tête.</i>	31%	19%
<i>C'est ne pas se sentie bien au niveau du physique.</i>	19%	08%

Tableau 46 : *Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question « Qu'est-ce qu'une maladie ? »*

Source : données de l'enquête

Les populations écoutées ont chacune leur petite idée sur le terme « maladie » et cela nous donne de voir un éventail de pensées de celles-là.

Au niveau des croyances, les populations rencontrées ont leur idée, une peur plus ou moins vive de la maladie. Elles ont l'intime conviction que la maladie est une chose qui est haïssable au plus profond de leur être. Elle (la maladie) présente pour ces populations des origines diverses qui n'ont rien avoir avec leur vécu quotidien. Elles ne rattachent pas la maladie aux résultats de leurs actions dans la société mais plutôt à une force extérieure.

<i>Tu crois que la maladie est :</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Une punition de Dieu.</i>	39%	50%
<i>Une punition des génies.</i>	20%	08%
<i>Une punition du diable.</i>	01%	04%
<i>Un mauvais sort.</i>	39%	21%
<i>Une chose normale.</i>	néant	17%

Tableau 47 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Tu crois que la maladie est : »

Source : données de l'enquête

Au niveau des pratiques des populations à l'égard des maladies, des actions plus divergentes les unes par rapport aux autres. Nous avons cherché à connaître les réactions des personnes Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) vis-à-vis des malades ; lorsqu'elles sont malades les sentiments les animant et enfin les itinéraires qu'elles choisissent pour recouvrer la guérison. Les réponses à ces questions sont variées. Cependant, l'essentiel du message a tiré de ces réponses : elles traduisent l'intention des personnes saines ou bien portantes de bénéficier des mêmes attentions accordées au malade lorsque celles-là seront malades à leur tour.

<i>Comment te comportes-tu face à une personne malade ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Tu lui donnes de l'argent pour ses soins.</i>	35%	41%
<i>Tu pries pour lui.</i>	33%	19%
<i>Tu t'éloignes de lui.</i>	01%	néant
<i>Je le soutiens moralement et physiquement.</i>	31%	40%

Tableau 48: Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Comment te comportes-tu face à une personne malade ?»

Source : Données de l'enquête

Ces deux populations portent dans l'ensemble une attention ou assistance particulière au malade. Cependant, les Wê (Wôbé) à **6%**, sont moins enclin à apporter une assistance financière au malade à l'effet que celui-ci se rende dans un centre de santé pour se soigner.

Par contre, les Dan (Yacouba) sont, à **14%** de moins que les Wê (Wôbé), disposés à adresser des prières à Dieu pour le malade. Enfin, populations Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé) sont tous disposés à assister le malade moralement que physiquement. Mais, **9%** de plus par rapport au pourcentage des Wê (Wôbé), le Dan (Yacouba) soutient davantage moralement et physiquement le malade.

En ce qui concerne le sentiment qui anime le Wê (Wôbé) et le Dan (Yacouba) en situation de maladie, le tableau ci-dessous nous donne de voir les différents degrés des sentiments qui animent les populations cibles.

<i>Lorsque tu es malade, quel est le sentiment qui t'anime ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Tu es abattu.</i>	32%	23%
<i>Tu es triste.</i>	36%	42%
<i>Tu crois que tu vas guérir.</i>	32%	35%

Tableau 49 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Lorsque tu es malade, quel est le sentiment qui t'anime ?»

Source : Données de l'enquête

23% des Dan (Yacouba) sont dans un état d'« abattement » contre **32%** des Wê (Wôbé) en situation de maladie, soit **9%** en plus que les Dan (Yacouba). Par contre, **42%** des Dan sont « tristes » contre **36%** des Wê, soit une différence de **6%**. Enfin, c'est deux peuples ont, à **32%** chez les Wê et à **35%** chez les Dan, une ferme volonté de guérir, de sortir de cette maladie.

Au niveau de l'itinéraire thérapeutique, les Dan (Yacouba) et les Wê (Wôbé) se dirigent tout d'abord en situation de maladie chez la / le tradi-praticien(ne) en vue de retrouver la guérison. C'est le cas échant qu'ils se rabattent sur l'hôpital, la structure ou le centre de santé. À **18%** de plus que le Wê (Wôbé), le Dan (Yacouba) recourt au service d'un / une tradi-praticien(ne) au premier réflexe en situation de maladie.

Par contre les Dan sont moins encrés dans la religion car ils confient à **19%** leur état de santé à Dieu soit **13%** de moins que les Wê (Wôbé) qui à **32%** confient leur état de santé à Dieu après avoir parcourir les hôpitaux et les tradi-praticien(ne)s de leur localité et/ou en dehors.

À **5%** de moins par rapport au Wê (Wôbé), les Dan (Yacouba) se rendent dans une structure sanitaire pour recevoir les soins et également ils font un détour chez le / la tradi-praticien(ne) au même moment ou presque.

<i>Lorsque tu es malade, où vas-tu pour te soigner ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>À l'hôpital puis chez le / la tradi-praticien(ne).</i>	33%	28%
<i>Chez le / la tradi-praticien(ne) puis à l'hôpital.</i>	35%	53%
<i>À l'hôpital puis chez le / la tradi-praticien(ne) et à l'église.</i>	32%	19%

Tableau 50 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Lorsque tu es malade, où vas-tu pour te soigner ?»

Source : Données de l'enquête

L'itinéraire thérapeutique adopté par les Wê et les Dan (Wôbé et Yacouba) est fonction des appréhensions qu'ils ont des hôpitaux, structures et centres de santé. Ainsi, **37%** des Wê trouvent « trop cher » les soins ou prestations dans les hôpitaux de leur localité. À Danané et ses environs, **44%** des Dan trouvent « trop cher » les soins également, soit **7%** de plus que la population Wê (Wôbé). Par ailleurs, certains Dan estiment à **45%** que les soins sont « chers » contre **41%** chez les Wê (Wôbé). La différence entre ces deux chiffres est de **4%**, cela traduit l'unanimité des sentiments, des propos de tous les deux peuples que nous avons visités. Cependant, **11%** des Dan et **20%** des Wê nous ont dit trouver les prix des prestations « abordables ».

<i>Comment trouves-tu les prix des prestations de soins à l'hôpital ou le centre de santé ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Trop cher</i>	37%	44%
<i>Cher</i>	41%	45%
<i>Abordable</i>	20%	11%

Tableau 51: Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question « Comment trouves-tu les prix des prestations de soins à l'hôpital ou le centre de santé ? »

Source : Données de l'enquête

5.4.2. Attitudes et comportements des populations des populations Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé)

Ici, nous avons croisé les attitudes des populations Dan et Wê ayant reçus les informations sanitaires dans la langue française, en vue de voir si l'attitude a été statistiquement conforme aux comportements souhaités ou effectifs. Dans l'ensemble, les données recueillies dans les zones de Facobly, Kouibly et Danané nous permettent de constater que **54%** des Dan ont l'impression de n'avoir rien compris des informations à eux communiquées dans la langue française. Chez les Wê, c'est **34%**. Les personnes écoutées, à une moyenne de **44%**, auront des attitudes et comportements qui seront en déphasage, non conforme avec les bonnes pratiques prônées dans la lutte contre les maladies chez les hommes.

<i>Sentiment qui t'anime après avoir été sensibilisé sur les maladies dans la langue française.</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Tu as l'impression de n'avoir rien compris</i>	34%	54%
<i>Tu as compris</i>	34%	46%
<i>Je comprends un tout petit peu.</i>	32%	Néant

Tableau 52 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «*Sentiment qui t'anime après avoir été sensibilisé sur les maladies dans la langue française.*»

Source : Données de l'enquête

On conclut donc que les populations rurales adoptent des comportements statistiquement « opposé » à l'attitude prônée par les agents de santé dans la langue française.

Par ailleurs, les populations de ces zones nous ont confié que la communication ou les stratégies de communication sur tout type de sujet intègre les langues locales parlées dans ces localités dans les processus de communication. De Danané à Facobly en passant par Kouibly, les peuples de ces localités s'expriment moins dans la langue française que dans les langues locales (Wôbé et Yacouba). Cela traduit ou confirme les chiffres que nous présentons dans le tableau sur le niveau de compréhension des langues, qu'elle soit locale ou le français.

<i>Quelle est la langue que tu comprends mieux ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Wê (Wôbé)</i>	65%	Néant
<i>Dan (Yacouba)</i>	Néant	77%
<i>Français</i>	35%	23%

Tableau 53 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «*Quelle est la langue que tu comprends mieux ?*»

Source : Données de l'enquête

Les populations issues de ces zones parviennent avec difficulté à comprendre les informations de santé qui leur sont données ou livrées dans la langue française. Lorsque nous calculons la moyenne de ces données chiffrées, nous avons **71%** de notre population cible qui ont une compréhension parfaite ou meilleure des langues locales (Wê et Dan) contre **29%** de la même cible qui prétend comprendre mieux la langue française.

On conclut par-là que toutes les communications qui n'intègrent pas les langues locales dans leurs processus ou dans la divulgation des informations sanitaires et / ou d'utilité publique dans les zones rurales, elles (les communications) sont vouées à l'échec.

5.4.3. Forces, faiblesses et opportunités des langues Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé)

À ce niveau, nous présentons les faiblesses tout comme les opportunités qu'offrent les langues locales Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé). Les personnes que nous avons rencontrées nous ont confié à une moyenne de près **90%** qu'il n'existe pas, dans les langues locales qu'elle soit Wê (Wôbé) et / ou Dan (Yacouba), des terminologies à toutes les maladies dans lesdites langues.

Pour les opportunités qu'offrent ces langues, c'est leur caractère rassembleur. À ces langues sont rattachées des personnes qui l'ont en partage et qui les utilisent au quotidien pour communiquer avec leurs familles et les membres de leurs entourages dans l'optique de mieux se faire comprendre des siens et partant de faire par ailleurs la promotion de leurs identité culturelle.

<i>Quelle langue utilises-tu le plus souvent pour communiquer au quotidien avec ta famille et les autres ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Wê (Wôbé)</i>	46%	Néant
<i>Dan (Yacouba)</i>	Néant	59%
<i>Wê et français / Dan et Français</i>	39%	31%

Tableau 54 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «*Quelle langue utilises-tu le plus souvent pour communiquer au quotidien avec ta famille et les autres ?*»

Source : Données de l'enquête

5.4.4. Expositions aux médias en pays Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé)

Au niveau des équipements en matériels de communication, les zones rurales visitées en possèdent. À l'instar des zones urbaines de la Côte d'Ivoire, les personnes, vivant dans les endroits éloignés des villes, possèdent des téléphones portables, des postes transistors, des téléviseurs, des ordinateurs.

<i>Quels sont les moyens de communication que tu as chez toi ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Postes transistors (radio)</i>	41%	34%
<i>Téléphone portable</i>	41%	34%
<i>Télévision</i>	16%	32%
<i>Ordinateur (Internet)</i>	2%	Néant

Tableau 55 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «*Quels sont les moyens de communication que tu as chez toi ?*»

Source : Données de l'enquête

Les populations des départements de Danané, Kouibly et Facobly sont en moyenne **37,5%** à être équipées des moyens de communication tels que « le téléphone portable » et « le poste transistor ». Ces mêmes populations ont également à leur possession à **24%** de moyenne des « téléviseurs ».

Les populations Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) reçoivent ou tirent les informations des moyens de communication mentionnés plus haut. Quant à la presse écrite (journal papier), elle ne parvient pas dans les zones rurales, les départements de Facobly, Kouibly et Danané. Si les journaux écrits parviennent dans lesdites zones, c'est avec un voire deux jours de décalage et si une personne souhaite avoir ou acheté le journal du jour, elle doit se rapprocher de la ville de Man où les journaux du jour y arrivent généralement en début d'après-midi et au pire des cas, c'est en fin d'après-midi voire en début de soirée.

On conclut que les informations contenues dans les journaux ne seront pas à temps reçues par les populations rurales et il n'y aura pas d'engouement chez les populations Wê et Dan pour l'achat et la lecture de journaux écrits.

Chapitre VI : ANALYSE, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Une fois les résultats de nos investigations recueillis, nous devons les mettre en perspective en les reliant au problème étudié et à l'hypothèse formulée au départ : c'est l'étape de l'analyse des résultats. Cette étape franchie, il faut ensuite interpréter ces résultats, c'est-à-dire faire le rapport entre l'analyse des données, la problématique et le champ d'investigation au sein duquel la recherche s'est développée. Interpréter nos résultats, c'est en fait énoncer les conséquences théoriques et établir les avenues de recherches suggérées par nos résultats. La discussion vient couronner le débat en apportant des précisions sur les spécificités scientifiques de nos résultats. Ce chapitre n'a d'autres objectifs que de « faire parler » les résultats et d'en livrer leur sens dans le contexte de la théorie de l'action planifiée, de la communication efficace, du changement et de la résistance au changement de comportement. Il accorde une attention sans égale à de nouvelles pistes de recherche suscitées par les résultats de l'étude.

6.1. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Cette partie combine analyse et interprétation pour des raisons de précisions et de rigueur, dans la mesure où nos résultats portent sur une problématique qui relève d'une démonstration, nous jugeons utiles pour plus de clarté et d'objectivité de les combiner sans toutefois les confondre. Dans cette optique, chaque analyse sera suivie directement d'une interprétation.

6.1.1. Communication et langues locales

Lors de notre enquête dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané, il nous a été donné de constater que les langues locales de ces zones sont quotidiennement utilisées par les populations dans leur communication avec leur entourage et les personnes comprenant parfaitement la langue des régions.

À Facobly tout comme à Kouibly, les populations de ces localités sont issues de peuple Wê (Wê nord, qui est communément appelé Wôbé). Du village de Facobly à Souébly-Maébly ; de Poubly à Bahibly en passant à Koulayéré (Kouibly), le Wê (Wôbé) est la langue qui est quotidiennement utilisée par les personnes qui y vivent pour communiquer. Généralement, ce sont les personnes plus ou moins alphabétisées qui recourent à cette langue pour échanger avec leurs familles, interlocuteurs. Cependant, devant un tel constat, les campagnes de communication, de sensibilisation sur tous les sujets d'ordre ou d'intérêt public sont données dans la langue véhiculaire qu'est le français. Il est de notoriété que toute personne qui n'est pas formée et/ou informée dans une langue donnée, elle ne peut comprendre ou réagir à ce qu'on lui

demande ou lui dit. Les personnes qui vivent dans les zones susmentionnées et ayant en partage la langue Wê (Wôbé) nous ont dit à **46%**, utiliser le Wê (Wôbé) quotidiennement pour communiquer avec leur entourage et famille. De ce qui précède, il est clair que le Wê (Wôbé) exerce une influence incontestable sur la communication dans ces zones. L'influence, comme le soulignaient Moscovici (1984) et De Montmollin (1984), décrit l'acte social. Elle implique de ce fait un rapport de force entre les différentes entités évoquées (communication et langue locale).

En effet, la communication et les langues locales se font les pressions réciproques (exercée ou subie) pour contrôler, conseiller ou orienter les agissements, les pensées des populations. Nos résultats montrent que les Wê (Wôbé) affectionnent leur langue locale par rapport au français. Nous pouvons comprendre que leur faiblesse ou ignorance au niveau de la connaissance des maladies en particulier est redevable à leur faible niveau de compréhension du français, langue dans laquelle sont diffusées les informations sur les maladies dans le secteur de la santé.

À Bèlègleu, Danané village et Gningleu (Danané), le Dan (Yacouba) est la langue qui y est parlée par les personnes qui y sont issues. Lors de notre passage dans cette localité, il nous a été donné de constater que la langue Dan (Yacouba) est le « code » que les personnes utilisent pour communiquer entre elles. Cela nous a été confirmé par **59%** de la population cible. Dans ces endroits, les sensibilisations dans le domaine de la santé sont faites en français et traduites en Dan (Yacouba) par les personnes choisies à cet effet. Cette situation a prévalu durant tout notre séjour en ces lieux. La raison est de permettre à toutes les couches plus ou moins alphabétisées de cette population de saisir, de comprendre les informations de santé qui sont fournies par les autorités en vue d'opérer un changement au niveau des individus. Les résultats de notre enquête nous permettent de saisir toute l'influence de la langue Dan (yacouba) dans la diffusion des informations, dans la communication dans cette partie ouest de la Côte d'Ivoire.

6.1.2. Communication pour la santé et croyances, us et coutumes

Facobly, Kouibly et Danané sont des zones où il y a des croyances, us et coutumes. Les populations croient en des choses ou ont des pratiques qui régulent leur vie, leur mode pensée et d'action. Ces pratiques sont nées avec les ancêtres que les hommes ne cessent de perpétrer ou perpétuer de génération en génération.

Dans ces localités, le tout n'est pas de diffuser les informations dans les langues locales mais il faut tenir compte de ce à quoi les populations croient, le contexte dans lequel ces personnes sont ou ont été éduquées. Les populations Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) subissent une influence totale du contexte dans lequel ils ont vu le jour.

À près de **99%**, les peuples visités croient que la maladie n'est pas une bonne chose. De l'examen des résultats, il ressort que le contexte dans lequel se produit l'acte de communication exerce une influence sur l'acceptation des informations et ou consignes fournies. L'acceptation des informations, consignes ou mesures dans le secteur de la santé est liée aux éléments du moment et du milieu. Les populations sont réfractaires ou n'acceptent pas les recommandations à eux fournies via la communication si elles ne prennent pas en compte leur besoins. En d'autres mots, si elles ne tiennent pas compte de leurs us et coutumes. La perspective psycho-affective permettrait déjà de constater que le comportement humain en général est fonction du milieu et du moment. Le contexte dans lequel se déroule l'acte de communication est très déterminant dans la mesure où les populations (lorsque leurs croyances, us et coutumes sont considérés) sont plus réceptives.

Evans et Stoddart (1994) ont identifié de multiples facteurs, parmi lesquels le contexte, qui exerceraient une influence sur le comportement de santé. D'une manière générale, les contextualistes dans de nombreuses recherches ont montré que le contexte jouait un rôle fondamental dans les choix comportementaux. Cette perspective donne aux éléments cognitifs un rôle relativement modeste dans le comportement de santé.

Par ailleurs, les circonstances de l'acte de communication (le moment, l'occasion particulière) exercent une influence significative sur la décision de se protéger contre les maladies chez les populations. À partir de nos résultats, il est possible d'affirmer que l'acte de communication ou précisément la réussite des campagnes de protection, de sensibilisation est déterminé d'une part, par les éléments de circonstances, et d'autre part, par la manière dont ces éléments de circonstances sont exploités par les autorités sanitaires, dans la mesure où les éléments qui organisent, structurent et orientent l'application des mesures de protection, de prévention proviennent de l'environnement.

Wallon (1970), dans ses écrits, montrait que l'instant était une variable fondamentale dans la production d'un comportement. Pour lui, l'objet de la psychologie peut être, au lieu de l'individu, une situation. C'est la raison pour laquelle les circonstances de la campagne, de la sensibilisation sur les maladies à l'endroit d'une population sont très percutantes et pertinentes dans l'appréhension de l'acte de communication. C'est aussi penser qu'un même individu confronté à la même information dans les circonstances différentes réagirait différemment.

Dans le cas de l'adoption de comportement voulu comme le fait de dormir sous une moustiquaire imprégnée, ou assainir son environnement quotidiennement, ou se rendre régulièrement à l'hôpital ou dans les pharmacies pour se procurer des soins et les médicaments, etc., l'influence des circonstances est plus effective. Car les circonstances sont nombreuses : l'absence de structures de santé, la cherté des soins et médicaments dans les hôpitaux, la non-

prise en compte des langues locales dans la situation de communication entre médecin et patient, le temps des consultations (tous les prestataires de soins sont indisponibles ou ont terminé leurs heures de consultations ou de travail), les conditions climatiques (pluies), manque d'infrastructures routières (inexistence ou mauvais état des routes et pistes), les conditions particulières (manque de médicaments dans les hôpitaux et pharmacies), etc.

6.1.3. Communication pour la santé et accessibilité des informations

Le but de l'acte de communication vise ici la mise à la disposition ou l'accessibilité des informations par les populations. Il (le but de la communication) exerce une influence significative sur l'accessibilité de la population à l'information en période de maladies.

Cette significativité se justifie par le fait que consciemment ou inconsciemment chaque communication ou situation de communication a un but. La finalité de cette communication est généralement, la formation ou l'information qu'elle procure. Si à la fin de l'acte de communication, il n'y a pas cette satisfaction, plusieurs personnes Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) n'auraient pas eu l'envie de communiquer. Ils ont déclaré pour la plupart s'engager dans une situation de communication avec autrui dans l'optique d'informer et/ou de recevoir des informations de l'autre. Ils veulent donc exprimer ce qu'ils ressentent, pensent et c'est cela qui les orientent vers l'autre.

Bandura et Cervone (1983) ont montré que les buts exerçaient une influence sur les performances des individus, de toute action. Dans certains cas de figure, ils se convertissent en motivations. Dans le cas de la prévention des maladies, les motivations qui peuvent conduire à la résistance dans l'application des mesures de prévention sont le manque d'accessibilité des informations, la clarté de l'information, qui sont parfois plus décisifs que les dangers auxquels s'exposent les populations. Les Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) déclarent avoir des comportements parfois aux antipodes des comportements recommandés pour exprimer leurs sentiments, leurs pensées. On peut dès lors penser que le risque de perdre la vie est moins élevé que celui d'exprimer leurs sentiments, leurs pensées pour les populations que nous avons rencontrées.

En clair, nous avons trouvé judicieux de tester l'influence des variables supposées de résistance au changement de comportements en matière de santé. L'objectif principal de cette première analyse était de voir si les variables retenues avaient exercé une influence sur la communication pour la santé (la décision d'adopter les comportements nouveaux) des participants (les Wê et dan). Toutes les variables exercent une influence statistiquement significative sur la communication pour la santé, le comportement des populations.

6.1.4. Validation des hypothèses opérationnelles de l'étude

Il sera question pour nous dans cette partie de vérifier les trois hypothèses opérationnelles matérialisant les variables que nous présumons responsables de la manifestation de comportements à risques de la part des populations Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) dans le domaine de la santé.

6.1.4.1. HR 1 : Communication pour la santé et langues locales

Nous voulons savoir si les langues locales influencent la communication pour la santé dans les zones rurales. Ainsi, **46%** des Wê (Wôbé) et **59%** des Dan (Yacouba) s'expriment quotidiennement dans leur langue locale respective et donc, toute communication dans ces zones qui n'intègre pas ces « codes » langagiers parviendra difficilement à atteindre les cibles.

Ces langues influencent la communication au quotidien les échanges verbaux entre les différents membres des populations susmentionnées. On conclut donc que les langues locales, lorsqu'elles influencent totalement les échanges verbaux, elles influencent par ailleurs la communication pour la santé si elle doit être menée dans les zones Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba). Ces langues locales offrent des phonèmes, noumènes, un alphabet qui sont utilisés dans la transcription des messages, des écrits, des textes, des propos du français vers les langues Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba). Cette conclusion marque la confirmation de notre première hypothèse de recherche (HR1).

6.1.4.2. HR 2 : Communication pour la santé et croyances, us et coutumes

Nous voulons savoir si les croyances, us et coutumes influencent la communication pour la santé. Les résultats de nos enquêtes corroborent l'hypothèse d'une dépendance entre les croyances, us et coutumes et la communication pour la santé en milieu rural. Les populations rencontrées à près de **99%** nous ont confié craindre les maladies. Elles trouvent que la maladie n'est pas une bonne chose. Cependant, lorsque la maladie survient, elles accusent ou trouvent plusieurs responsables à cette maladie. La plupart des personnes de notre cible croient que la maladie se guérit avec les médicaments traditionnels. Car au temps des ancêtres, il n'existait pas des hôpitaux mais ceux-là vécurent longtemps et en bonne santé et c'est cela qu'ils nous ont transmis. Ils avaient eu leur salut des plantes, de la nature. Certaines personnes estiment quant à elles, que la médecine moderne se sert des plantes pour produire les médicaments sous la forme que nous connaissons de nos jours. Alors ces populations trouvent légitime qu'à notre ère le recours aux plantes médicinales est plus efficace que la médecine dite moderne. Bref, toutes ces croyances plombent toute communication pour la santé qui ne tient pas compte de ces aspects. Les croyances, us et coutumes (contexte) est donc une variable déterminante dans la production

des campagnes de sensibilisation sanitaire (la communication pour la santé). Elles peuvent empêcher ou altérer la réalisation de l'intention visée par la communication. Notre hypothèse de recherche (HR2) se trouve donc vérifiée.

6.1.4.3. HR 3 : Communication pour la santé et mise à disposition ou accessibilité des informations

Nous voulons savoir si le but de toute communication pour la santé vise la mise à disposition ou l'accessibilité des informations à l'endroit des populations. De l'examen de nos résultats, il ressort que si une communication pour la santé ne se fixe pas un but, elle sera vouée à l'échec. Pour amener les populations à adopter les comportements souhaités, il convient de mettre à leur disposition des informations utiles et claires. Ainsi, participe-t-elle à la prise de conscience de la cible et cela engendra à coup sûr l'adoption d'un comportement qui soit conforme à ce qui est recommandé, prôné.

Le fonctionnalisme est un système qui étudie les buts d'une innovation, d'une politique, d'un comportement et l'adoption d'un organisme à son milieu. Pour les fonctionnalistes, le but répond à la question « Pourquoi l'homme fait ou mène une telle action ? ». La réponse à cette question à la question montre que tout comportement, action a un but. La communication pour la santé mise en œuvre par les autorités sanitaires, en dehors de certains contextes a un but qui est la mise à disposition et faciliter l'accessibilité des informations aux populations. Ces buts peuvent empêcher dans certains cas la communication de parvenir à ses fins, dans la mesure où notre cible dans les analyses précédentes ont déclaré s'engager dans une situation de communication dans l'optique d'informer et de recevoir des informations vis-à-vis de leurs partenaires en vue d'affiner leur jugement, comportement, etc.

Ces résultats laissent penser que le but de mettre à disposition et de faciliter l'accessibilité des informations aux populations Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) pour se protéger des maladies est plus significative que le besoin de clarté (précision et concision) des informations et le sentiment chez la cible (Wê et Dan). En conclusion, la communication pour la santé doit viser des buts qui soient clairs et prennent en compte les sentiments des intéressés. De ce qui précède, nous sommes en droit de dire que notre hypothèse de recherche (HR3) est confirmée.

Au total, communication pour la santé et langues locales, il s'est agi pour nous de voir s'il existait des influences des langues locales sur la communication pour la santé dans les zones rurales du pays ce qui conduiraient les populations des départements de Facobly, Kouibly et Danané à la résistance au changement ou à l'adoption de comportements recommandés dans la lutte contre les maladies. Trois hypothèses ont été retenues. Il s'est agi pour nous, dans les paragraphes précédents notamment, de voir si chacune d'elles, prise séparément, pouvait nous

permettre de répondre aux questions de recherche que nous avons énoncées plus haut. En somme, les langues locales influencent la communication pour la santé dans les milieux ruraux. À côté de cette variable, il y a les croyances, us et coutumes et l'accessibilité des informations qui ont une signification dans la bonne conduite des communications pour la santé.

6.2. DISCUSSION

La question de savoir comment et pourquoi les populations, les individus sont motivés pour adopter de nouveaux comportements et changer les anciens, est controversée. Une étude sur le changement ou la résistance au changement de comportements face aux maladies de tous genres, dans un contexte où le monde est de nos jours de plus en plus frappé par des pandémies et épidémies sans précédent décimant au quotidien des vies humaines et/ou le seul moyen reste la prévention, s'avère indispensable. La résistance aux mesures de protections telles l'usage quotidien de la moustiquaire imprégnée, du port du préservatif, de l'adoption d'une alimentation saine et équilibrée, etc., en milieux ruraux et urbains parfois, reste une problématique préoccupante.

Malgré de multiples recherches menées ces dernières années, aucune à notre connaissance ne s'est intéressée à la juxtaposition de la théorie de l'action planifiée d'Ajzen et la théorie du changement de comportements. En effet, la théorie de l'action planifiée d'Ajzen pose que l'intention est le facteur décisif qui peut garantir la production d'une action. Si tel est le cas, il est donc possible de penser que pour obtenir d'un individu un changement de comportement, il faut susciter en lui l'élaboration d'attitude ou plus précisément d'intention allant dans le sens du comportement à promouvoir.

Dans le cadre de notre étude, utiliser les langues locales dans la communication pour la santé avec les populations rurales permettra à celle-ci de mieux comprendre les informations à eux données afin de susciter en eux l'intention, la volonté d'adopter, de mettre en pratique les mesures de prévention et de lutte contre les maladies.

Cette étude s'inscrit dans la problématique de la mise en œuvre ou en pratique des mesures de protection, de prévention contre les maladies en milieu rural. En d'autres termes, la problématique de la mise en acte de l'intention, la volonté. Selon Ajzen dans son modèle théorique, l'intention, porteuse d'action, conduit automatiquement à la réalisation de ladite action, de l'acte. Dans cet état d'esprit, Ajzen considère que de l'intention d'agir à l'action, aucune autre variable ne peut prétendre exercer une quelconque influence sur l'action.

La théorie de l'action planifiée d'Ajzen est une ampleur incontestable dans la prédiction d'un comportement, dans la mesure où la prévention, la production d'un comportement ne devrait

plus surprendre l'individu. Un individu qui est psychologiquement préparé à réaliser un comportement est plus susceptible de le réaliser qu'un autre qui n'est pas psychologiquement préparé. En d'autres termes, une personne qui a l'intention de mettre en œuvre un comportement de prévention a plus de chance de le réaliser qu'une autre qui n'a aucune intention de changer de comportement. Nos résultats montrent qu'en milieu rural, **77%** des Dan (Yacouba) changent de comportement ou se trouvent influencer par la communication à eux donnée sur les maladies dans leur langue locale (Dan) contre **23%** qui ne sont pas influencés. En pays Wê (Wôbé), c'est **55%** de la population qui se trouve influencer par la communication à eux donnée sur les maladies dans leur langue locale (Wê) contre **45%** qui ne sont pas influencés.

Nous constatons que l'approche d'Ajzen ne s'intéresse pas du tout à la communication à savoir à ces principes que nous nommons les facteurs d'une communication efficiente et efficace dans la transformation en acte des messages et mesures de prévention dans la communication pour la santé. Cela signifie que le contrôle que la langue dans la communication exerce sur l'intention et l'action est dans certains cas minimisé, voire marginalisé, dans la mesure où avoir le même code langagier au cours de la communication n'est plus considéré lors de la réalisation de l'acte ou action.

Notre modèle de communication pour la santé axée ou prenant en compte les langues locales en pays Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) en vue du changement de comportements que nous souhaitons (voire les terminologies des maladies dans les langues Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba)), cela va compléter les travaux d'Ajzen et rendre son modèle plus rigoureux et plus efficace. Nous croyons que la langue locale est une variable extrêmement importante dans le processus de communication visant à l'adoption ou changement d'un comportement dans le secteur de la santé en Afrique.

La prévention, le changement de comportement passe d'une part par l'élaboration des politiques de communication, d'informations favorables à la prévention en intégrant les langues locales, et, d'autre part, par la perception qu'a chaque individu à gérer l'influence que d'autres variables peuvent exercer sur l'intention et l'action. Nous tenons à insister sur le concept des langues locales dans la communication pour la santé en Afrique plus généralement et en Côte d'Ivoire en particulier. C'est en lui que nous puisons l'originalité de notre étude car de nombreuses recherches ont porté sur les causes de la résistance dans l'application des mesures et comportements de santé favorables à la lutte contre les maladies en Côte d'Ivoire sans s'intéresser à la dynamique, l'importance des langues locales dans la communication pour la santé.

Par ailleurs, nous estimons que l'usage des langues locales dans la communication pour la santé sous les tropiques ici, cela aide à personnaliser la communication qui se fait depuis

toujours. Lors de nos enquêtes dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané, nous avons constaté combien de fois ne pas partager la même langue dans la consultation avec le prestataire de soins constitue des obstacles dans le diagnostic et l'administration des soins aux patients. Car le patient qui ne comprend et s'exprime dans la langue locale du terroir, il ne peut mettre ou comprendre le diagnostic et la prescription à lui fourni par le médecin et tout comme le médecin qui ne peut comprendre les propos de ce malade.

Aussi, autre conséquence engendré par le non partage de la langue dans les consultations est le manque de *confidentialité* dans la mesure où le médecin a parfois recours à une tiers personne (un autre malade) pour traduire en français les propos d'un malade ne comprenant que la langue locale (Wê et/ou Dan). En clair, le code langagier dans la communication est d'une importance.

Il s'avère donc urgent, sur le plan théorique, d'explorer de nouvelles pistes de recherche suscitées par nos résultats. Nous trouvons nécessaire d'envisager des études sur les stratégies de communication pour la santé publique en y incluant les langues locales. Traduire les termes sanitaires à l'aide des noumènes et phonèmes qu'offre l'alphabet desdites langes en Côte d'Ivoire et les intégrer dans le processus de communication, de sensibilisation sur les maladies dans les zones rurales du pays, des pays africains. Une telle disposition permettra une meilleure compréhension des informations sanitaires par les personnes les moins ou pas alphabétisées et ne comprenant ou s'exprimant dans la langue locale.

Au plan méthodologique, nous avons utilisé les méthodes d'enquête par questionnaire et d'entretien. Une étude sur la perception, la compréhension et les croyances que les populations ont des maladies nécessite l'usage impératif des entretiens dans la mesure où les entretiens garantissent plus d'objectivité au niveau des réponses des populations. C'est la raison pour laquelle une enquête à grande échelle sur deux peuples avec un nombre important de personnes nous a semblé plus indiquée. Elle nous a permis de satisfaire aux grandes attentes méthodologiques de notre étude.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous avons reproché à la communication pour la santé telle que pratiquée dans les zones rurales en Côte d'Ivoire de ne pas atteindre ces objectifs, d'où l'urgence d'explorer l'effet des langues locales qui théoriquement peuvent en être la cause. La moindre des choses était donc de vérifier si les langues locales ont une influence sur la communication pour la santé dans les zones rurales. La présente étude avait pour objectif d'explorer minutieusement les difficultés que rencontre la communication pour la santé dans l'atteinte des objectifs y afférents. Elle s'est intéressée à la problématique de l'usage des langues locales dans la communication pour la santé. Dans le but de décrire d'une part l'effet ou l'influence que ces langues dites locales exercent sur la communication pour la santé et d'autre part l'importance que revêt les langues locales pour les populations, dans la mesure où l'action ne s'accomplit pas d'une manière mécanique.

La recherche que nous avons menée s'est déroulée dans trois départements à savoir les départements de Facobly, Kouibly qui sont les deux villes où vivent les Wê (Wôbé) et le département de Danané où vit une partie des Dan (Yacouba). Notre enquête s'est déroulée en deux phases : dans un premier temps, une enquête par questionnaire conformément aux grandes articulations théorique et méthodologique de notre thèse a permis de connaître, de mesurer le niveau de connaissances des maladies chez les populations Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba), et dans un second temps, un entretien à l'aide de guide d'entretien a permis de décrire l'influence des langues locales dans la communication dans les zones rurales de la Côte d'Ivoire. L'enquête s'est déroulée dans le village de Facobly, de Souébly-Maébly, de Koulayéré, de Poubly, de Bahibly dans les départements de Facobly et Kouibly ; de Danané village, de Gningléu et de bèlègleu dans le département de Danané. Trois cents quatre-vingt-dix-huit personnes ont répondu à notre questionnaire et une dizaine de leaders communautaires ont été choisis dans chaque village visité pour l'entretien. À côté de ceux-là, nous avons également eu des entretiens avec les infirmiers et sages-femmes exerçant dans les structures de santé installées dans lesdits villages.

Les résultats obtenus dans les zones où résident les Wê (Wôbé) ont montré que les populations dans une majorité (65%) comprennent mieux la langue locale (Wôbé) et à 46%, elles utilisent quotidiennement cette langue pour communiquer avec leur entourage et famille pour informer et s'informer sur tout type de sujet. Il faut aussi mentionner que 39% de notre cible utilise le Wê (Wôbé) et le français pour communiquer au quotidien avec leur entourage. Il nous a été donné de constater chez les Dan (Yacouba) dans le département de Danané une forte compréhension (77%) de la part de notre cible de la langue Dan (Yacouba). C'est à 59% qu'une partie de la même cible nous a confié utiliser au quotidien le Dan (Yacouba) dans la communication avec leur entourage et 31% le Dan (Yacouba) et le français quotidiennement. Cependant, c'est dans

une grande majorité (90%) que ces deux populations nous ont confié que les agents ou les personnes commis à l'organisation des campagnes de sensibilisation, de prévention sur les maladies dans leur zone respective utilisent le code langagier qu'est le français pour véhiculer les informations sanitaires dans lesdites zones. Nous constatons qu'il existe une inadéquation entre les langues comprises par les populations et celle utilisée par les agents de santé pour donner les informations sur les maladies, les méthodes de prévention contre les pathologies dans les zones que nous avons visitées. Il n'existe pas de communication engageante et surtout une personnalisation de la communication dans les zones de Facobly, Kouibly et Danané. De cette manière de faire, il est certain qu'aucune intention de changement de comportement de nos cibles n'est suscitée en elles. En effet, l'observation des zones de notre enquête, il nous a été donné de constater qu'il existe une influence des langues locales (Dan et Wê) sur la communication pour la santé dans lesdites zones. Il existe une corrélation très significative entre l'intention de changer de comportement et la langue utilisée vis-à-vis des populations pour la diffusion des informations de santé. C'est la raison pour laquelle l'intention de changer de comportement a été retenue au détriment des autres variables de la théorie de l'action planifiée, ceci dans le but d'éviter la redondance.

Les résultats obtenus pendant les phases de notre enquête nous ont permis de nous rendre compte que 78% des Wê (Wôbé) trouvent cher voire trop cher les prestations de soins données dans les structures sanitaires des départements de Facobly et de Kouibly. Dans cette même veine, 89% des Dan (Yacouba) estiment cher voire trop cher les soins dans le dispensaire santé urbain et l'hôpital de Danané. Par contre, 20% des Wê (Wôbé) et 11% des Dan (Yacouba) trouvent abordables les prix des prestations des soins dans lesdites zones. Par ailleurs, il convient de préciser que cette vision des choses déteint sur l'itinéraire choisi par ses derniers pour retrouver la guérison en situation de maladie. Ainsi, 53% des Dan (Yacouba) débutent leur traitement chez le/la tradi-praticien (ne) avant de se rabattre sur l'hôpital et 35% des Wê (Wôbé) s'inscrivent dans cette même disposition. Par contre, 33% des Wê et 28% des Dan se rendent à l'hôpital pour connaître leur mal et débiter le traitement et après ils l'achèvent chez le/la tradi-praticien (ne). C'est dire que ces résultats nous ont permis d'identifier la cherté des soins dans les centres de santé, les hôpitaux dans les zones rurales et de plus en plus dans les zones urbaines comme influençant l'itinéraire thérapeutique chez les populations. À côté de cela, la connaissance des maladies et l'envie de se faire soigner sont tributaires des croyances et perceptions de ou les maladie(s) et de leur niveau de compréhension de la langue utilisée dans la communication, la consultation entre les agents de santé, prestataires de soins et les patients, les populations. Ces variables exercent un effet statistiquement significatif sur la résistance au changement de comportement chez les populations rencontrées.

L'analyse des résultats, d'une manière générale, permet de conclure que le changement de comportement ne se déroule pas de manière mécanique. Le changement psychosocial du comportement se réalise dans un système ouvert ou mieux encore dans ce que Lewin (1951) nomme « champs de forces ».

Le changement de comportement subit pendant sa réalisation, l'influence d'autres variables, c'est-à-dire des variables susceptibles également de provoquer, déclencher, organiser, contrôler et produire le comportement voulu. Il se produit donc un conflit entre l'intention de changer de comportement et ces variables. L'accomplissement du comportement (action) voulu par la population dépend extrêmement de l'issue de ce conflit. Car c'est la variable « victorieuse » qui assure l'accomplissement du comportement (action) en lui donnant le contenu et la direction qu'elle souhaite. Il est permis de conclure que : **les langues locales influence la communication pour la santé autant que les perceptions, croyances, les us et coutumes dans les zones rurales, ce qui agit sur le comportement de l'individu.** Cela signifie que la langue locale a bel et bien un pouvoir de prédiction sur le comportement (action) et donc la communication pour la santé, dirigée vers les populations des zones rurales, ne doit pas omettre de prendre en compte cette variable hautement importante. La langue assure la diffusion et surtout favorise la compréhension des messages et informations dans le domaine de la santé. Elle prédispose l'individu à la réalisation ou non du comportement souhaité.

De cette conclusion, la résistance au changement de comportement dans le domaine de santé est due à la non-compréhension des messages et informations appelant au changement de comportement (action favorable). Les populations qui ne mettent pas en pratique les mesures et comportements souhaités en situation ou non des maladies ne sont toujours pas ceux qui ont des intentions défavorables vis-à-vis du changement de comportement. Ils ont de bonnes intentions d'adopter le comportement recommandé pour se protéger et/ou éviter les maladies, mais dans le déroulement de l'acte de communication, dans la mise en œuvre des politiques de communication, leurs bonnes intentions cèdent aux pressions d'autres variables telles que la langue de communication, la perception, les croyances, les us et coutumes.

Le changement de comportement dépend de la faculté qu'a chaque individu à pouvoir gérer, comprendre ce qui lui est dit, donné comme informations. L'acte de communication se réalisant dans une situation d'interaction, avoir le même code langagier entre les partenaires est extrêmement significatif. Lorsque les populations ne s'exprimant qu'en langue locale trouvent des interlocuteurs s'exprimant dans la même langue, celles-là manifesteront la volonté d'adopter les comportements recommandés par les autorités sanitaires.

Notre étude comporte néanmoins quelques limites. La première est qu'elle s'est fondée sur une théorie conçue pour l'étude des comportements individuels et non des comportements sociaux.

L'application de la théorie de l'action planifiée se faisait exclusivement dans des situations où les individus exerçaient une influence totale sur leurs intentions et sur leurs actions.

La seconde limite de notre étude est qu'elle étudie la communication pour la santé en milieu rural de la Côte d'Ivoire. Les participants à cette étude ont un niveau d'étude inférieur ou moyen ou ils n'ont pas de niveau. Il serait intéressant de savoir si les populations ayant un niveau supérieur à celui de notre cible réagiraient de la même façon aux variables. Il est tout de même important de préciser que c'est dans ces limites que notre étude tire son originalité, dans la mesure où elle a permis d'une part redynamiser la communication pour la santé en y intégrant les langues locales (avec des terminologies des maladies en langues Wê et Dan), et d'autre part à rendre possible l'application de la théorie de l'action planifiée dans le domaine de la communication. À cet égard, les prochaines lignes fourniront quelques recommandations qui, nous le souhaitons pourront servir de guide au développement d'éventuelles modes de communication, de prévention dans le domaine de la santé.

La sensibilisation contre les maladies en milieu rural devrait se dérouler dans la ou les langue(s) locale(s) du milieu d'accueil. Dans cet état d'esprit, la compréhension des messages sera plus facile et aisée pour la population cible. Car à près de 60%, la Côte d'Ivoire compte autant de personnes moins ou pas alphabétisées et elles vivent dans les campements et campagnes le plus souvent coupés des réalités urbaines.

Nous avons également constaté que lors des campagnes de sensibilisation et/ou d'information dans le domaine de la santé, celui qui est le plus souvent choisi pour traduire les messages ne connaît pas les termes techniques de santé dans sa langue locale. Il est dès lors souhaitable de choisir des personnes qui comprennent la langue française, la parlent correctement. Elles doivent également comprendre parfaitement leur langue locale de sorte à ce que ce qu'elles diront dans l'une ou l'autre langue soit linguistiquement correct. Il faut tenir compte du niveau intellectuel dans le choix du traducteur. Former les personnes issues de la communauté dans la langue de cette communauté ainsi, lorsque les agents de santé viennent dans leur localité, elles puissent les accompagner dans la diffusion des messages à l'endroit de la population cible. Car le traducteur issu du terroir et qui est formé dans un domaine donné, celui-ci trouvera les mots issus du terroir (par rapport à la culture qu'il connaît : les mots liés aux images) pour emmener les populations à comprendre le message. Il trouvera des mots qui emmèneront la personne à se dire qu'il faut adopter le comportement recommandé car cela est important.

La recherche a aussi montré que les sensibilisations faites par les organes de santé au niveau national, ressemble ou sont semblables à des meetings. Or dans la santé, on vient sauver des vies, des amés. Il est préférable de procéder avec tact à l'image des religieux, il faut s'asseoir avec les populations dans leurs différents domiciles, échanger avec elles, les écouter, connaître leur

préoccupation dans l'adoption ou l'utilisation d'une mesure, un instrument donné. Dans le processus de communication de nos jours, les agents de santé se contentent de donner les informations aux populations. Or celle-ci n'a pas compris l'information d'où il n'y aura pas de résultats. Car les agents de santé n'ont pas formé et éduqué les populations à l'idée d'adopter le comportement recommandé.

Toujours dans le processus de communication en matière de santé en Côte d'Ivoire, il y a un manque de perspicacité dans les messages. À ce niveau, les messages donnés par les agents de santé s'opposent le plus souvent aux us et coutumes des populations cibles. Le manque de perspicacité dans les messages engendre des problèmes de développement. Ainsi, en donnant l'information à la population, il faut prendre en compte leur culture. Pour que les personnes aient le bon réflexe, il est préférable d'adapter les messages de santé à la population. Les éléments de la tradition doivent être intégrés, observés dans les messages de lutte contre les maladies et de maintien de la santé chez les populations.

Cette étude a permis déceler, d'une part, la non mise en pratique par les initiateurs des mesures prises ou édictées. Les mesures sont prises mais les personnes chargées de les faire appliquer afin de les faire rappeler aux individus, elles-mêmes ne les appliquent pas cependant elles exigent que les autres les appliquent. Or il est de notoriété publique qu'une personne chargée de faire appliquer une mesure si elle-même ne l'applique pas, les populations estimeront que les mesures ne sont guère faites pour elles également. Pour remédier à cela, il faut qu'il ait dans l'application des mesures une unité d'action au niveau de toutes les composantes de la population. Les infirmiers, d'autre part, ne s'impliquent pas dans les sensibilisations sanitaires. Ils ne prennent pas part le plus souvent aux sensibilisations en matière de santé, or la population applique les consignes de celui à qui elle lui reconnaît une autorité. (Celui à qui l'on reconnaît une autorité, quand il parle, les personnes font ce qu'il dit). Il faut à ce niveau, une véritable et franche collaboration et participation des infirmiers et infirmières aux campagnes de sensibilisation dans le domaine de santé en milieu rural. Les patients souhaitent se retrouver devant des prestataires de soins qui vont les mettre en confiance. Alors, les personnes formées pour ce métier doivent connaître les mœurs des patients et patientes, comment les contourner afin de les amener à faire ce qu'il faut faire pour leur santé.

Éviter lors de la consultation, de faire intervenir une autre personne pour traduire les propos du malade de sorte à ce que cet acte ne puisse pas créer chez le patient un manque d'envie de livrer complètement son mal. Car le manque de confidentialité dans la consultation amène le malade à se fermer au médecin. Pour pallier à cela, il faut former les infirmiers à la traduction des messages dans la langue locale du milieu où ils exercent. Cela leur permettra de porter les

messages, d'appuyer ce qu'ils font en tant qu'infirmiers (comment préparer les messages pour qu'ils soient bien perçus par la population) au bonheur des fils et populations du terroir.

Parvenu à la fin de notre étude, nous trouvons judicieux de préciser que nos objectifs ont été atteints. Cette étude a montré d'une part l'influence des langues locales sur la communication pour la santé et d'autre part son importance dans le changement de comportement. Elle a permis de comprendre que la langue locale permet à l'individu à qui l'on porte le message de santé de pouvoir le comprendre, de comprendre le bien fondé du message et d'appliquer ce qui lui est dit, puisque nous sommes dans le système sanitaire et de sauver non seulement sa vie mais aussi, la vie de tous ceux qui vivent autour de lui.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abdi H., *Introduction au traitement statistique des données expérimentales*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 1989.
- Abric J.-C., *Coopération, compétition et représentations sociales*, Duval, Paris, 1996.
- Abric J.-C., *Pratiques sociales et représentations*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
- Académie Africaine Des Langues, Colloque Sur Le Thème : *Politiques Nationales : Le rôle des langues transfrontalières et La place des Langues de Moindre diffusion en Afrique*, Bamako, 2005.
- Aebischer V. & Oberlé D., *Le Groupe en psychologie sociale*, Dunod, Paris, 1990.
- Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France en 2001, *Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France*, 2001.
- Aïssani Y., *La psychologie sociale*, Armand Colin, Paris, 2003.
- Ajzen I. & Fishbein M., « Questions raised by a reasoned action approach: Comment on Ogden (2003) », *Health psychology*, 23, pp. 431-434, 2004.
- Ajzen I. & Fishbein M., «Attitudes and the attitude-behaviour relation: Reasoned and automatic processes», In W. Stroebe & M. Hewstone (eds.), *European Review of Social Psychology*, vol. 11, pp.1-33, Chichester, Wiley, England, 2000.
- Ajzen I. & Fishbein M., « The influence of attitudes on behaviour » in D. Albarracón, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (eds), *The handbook of attitudes*, pp.173-221, Mahwah, Erlbaum, New York, 2005.
- Ajzen I. & Madden T. J., « Prediction of goal directed behaviour: attitudes, intentions, and perceived behavioural control », *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, pp.453– 474, 1986.
- Ajzen I. & Sexton J., « Depth of processing, belief congruence, and attitude behaviour correspondence », In S. Chaiken & Y. Trope (eds), *Dual process theories in Social Psychology*, pp.117-138, Guilford New York, 1999.
- Ajzen I., « Perceived behavioural control, self- efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior », *Journal of Applied Social Psychology*, 32, pp.665-683, 2002.
- Ajzen I., « Residual effects of past on later behavior: Habituation and reasoned action perspectives », *Personality and Social Psychology Review*, 6, pp.107-122, 2002.
- Ajzen I., «Attitudes», In R. Fernander Ballesteros (ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*, 1, pp.110-115, Sage Publications, London, 2002
- Ajzen I., «Intuitive theories of events and the effects of base rate information on prediction», *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, pp. 303-314, 1977.

- Ajzen I., «Nature and operation of attitudes», *Annual Review of psychology*, 52, pp. 27-58, 2001.
- Ajzen I., «The theory of planned behaviour», *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211, 1991.
- Ajzen I., *Attitudes, personality and behavior*, Milton-Keynes, Open University Press England, 2005.
- Ajzen I., Brown T.C. & Carvajal F., « Explaining the discrepancy between intentions and actions: the case of hypothetical bias in contingent valuation », *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, pp.1108-1121, 2004.
- Ajzen I., Rosenthal L.H. & Brown T. C., « Effects of perceived fairness on willingness to pay », *Journal of Applied Social Psychology*, 30, pp. 2439-2450, 2000.
- Akrich M., CALLON M. & LATOUR B., À quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement in *Annales des mines 11*, pp. 4 - 17, 1988a.
- Akrich M., Callon M. & LaTour B., À quoi tient le succès des innovations ? 2 : L'art de l'intéressement, in *Annales des mines 12*, pp.14 - 29, 1988b.
- Albarello L., Digneffe F., Hiernaux J.-P., Maroy C., Ruquoy D. & DE Saint-Georges P., *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*, Armand Colin, Paris, 1995.
- Albarracin D., Durantin M. & Earl A., Empirical and theoretical conclusions of an analysis of outcomes of HIV- prevention interventions Currents Directions, in *Psychological Sciences*, 15, pp 73 -78, 2006.
- Allport G. W., «Attitudes», In C. M. Murchison (ed.), *Handbook of Social Psychology*, pp.798-884, Clark University Press, Worcester Mass, 1935.
- Amadou M., *La problématique de la communication dans la gouvernance locale au Bénin: le cas de la commune de Savè*, Master en Développement Communautaire, 2008.
- Amin E. M., *Foundations of statistical inference for social science research*, Makerere University Press Uganda, 2004.
- Anderson J.-R., *The architecture of cognition*, Harvard University Press, Cambridge, 1983.
- Apostolidis T. & Cordival S., Représentations sociales et attitudes à l'égard des personnes séropositives en fonction du mode de contraction de la maladie, *Rapport de recherche du LPS. EHESS*, 1995.
- Armitage C. J. & Conner M., « Social cognition models and health behaviour: A structured review », *Psychology & Health*, 15, pp.173-189, 2000.
- Armitage C. J., « Can the theory of planned behaviour predict the maintenance of physical activity? », *Health Psychology*, 24, pp.235- 245, 2005.

- Aronson E. & Carlsmith J. M., « L'effet de l'importance de la menace sur la dépréciation du comportement interdit », In J. P. Poitou (ed.), *la dissonance cognitive*, pp.102-108, Armand Colin, Paris, 1974.
- Asch S. E., *Social psychology*, Prentice Hall, New York, 1952.
- AUGÉ M. & Herzlich C., *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Archives contemporaines, Paris, 1984.
- AYEWA, K., *Le droit linguistique, et le développement en Afrique*, Revue des Théories et modèles linguistiques, 2008.
- Bachelard G., *La formation de l'esprit scientifique*, Librairie philosophique, Paris, 1996.
- Bacher F., *Les enquêtes en psychologie*, Presses Universitaires de Lille, 1982.
- Bagozzi R. P., « Attitude, intentions and behaviour: A test of some key hypotheses », *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, pp.607– 627, 1981.
- Bahi A. A., *Élaboration des messages en communication pour la santé et la problématique du changement de comportement in Communication et changement social en Afrique et dans les Caraïbes : bilan et perspectives*, Douala, pp 81-97. (Consulté en ligne le 12 Septembre 2014).
- Baker G., *Ecological psychology: concepts and methods for studying the environment of human behavior*, University Press Stanford, 1968.
- Baldo M., Aggleton P. & Slutkin G., « Does sex education lead to earlier or in increased sexual activity in youth », Berlin, *IX e Communication à la conférence internationale sur le SIDA*, 1993.
- Balima S. et Frère M.-S., *Médias et communications au Burkina Faso. Approches socio-économiques de l'information*, Harmattan, Paris, 2003.
- Bandura A., « Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection », in *Prevention AIDS: Theories and methods of behavioural interventions*, pp. 25-59, Plenum New York, 1994.
- Bandura A., *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*, De Boeck, Paris, 1997.
- Bandura A., *Social learning theory*, NJ Prentice- hall, Englewood cliffs, 1977.
- Bardin L., *L'analyse de contenu*, Presses Universitaires de France, Paris, 1991.
- Barus-Michel J., Enriquez E. & Levy A., *Vocabulaire de psychosociologie*, Erès, Ramonville, 2002.
- Bauni E. K., « The changing sexual patterns of the Meru people of the chogoria Region, Kenya », *Paper presented at the IUSSP Seminar on anthropological studies relevant to the sexual transmission of HIV*, sonderborg, Denmark, November 1990.
- Baylon C., Mignot X., *La Communication*, 2e édition, 1999.
- Beaud M., *L'art de la Thèse : comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA ou de maîtrise ou tout autre travail universitaire*, la Découverte, Paris 2003.

Beaufils B., *Statistiques appliquées à la psychologie, tome2*, Bréal : coll. LexiFac psychologie, Paris, 1996.

Becke, M. H., Rayon S. M. & Rosenstock I. M., « Conformité à un régime médical pour l'asthme : un essai du modèle de croyance de santé », *La Santé Publique Rapport* n° 93, pp.268-277, 1978.

Bélec L., *La transmission sexuelle du sida*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001.

Bem D. J., « Self perception theory » in *Advances in experimental social psychology*, pp.1-62 Academic Press, New York, 1972.

Bem, D. J., « Self perception: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena », *Psychological Review* n° 74, pp.183-200, 1967.

Bennett P. & Bozionelos G., « The theory of planned behaviour as predictor of condom use: A narrative review », *Psychology Health Medicine* n°5, pp. 307-326, 2000.

Bernard C., *Principes de médecine expérimentale*, Presses Universitaires de France, Paris, 1987.

Bernard F. & Joule R. V., Le pluralisme méthodologique en sciences de l'information et de la communication à l'épreuve de la communication engageante, *Questions de communication* N° 7, pp 187-205, Presses Universitaires de Nancy, 2005.

Bernard F. & Joule R. V., Lien, sens et action : vers une communication engageante, *Communication & Organisation* N° 24, pp.347- 362, GREC/O, Université Michel de Montaigne, 2004.

Bernard F. & Joule R.-V., « Lien, sens et action : vers une communication "engageante" », *Communication & Organisation*, n° 24, 2004, p. 347-362.

Bernard F., « Recherche-action et communication d'action et d'utilité sociétales : le cas de la communication engageante et de l'environnement », in BOUZON, A., MEYER, V. (dir.), *La Communication des organisations : entre recherche et action*, Paris, L'Harmattan, p. 145-155, 2008.

Bernard F., Analyse des dynamiques institutionnelles, communication au séminaire des doctorants du Crepcom/Irsic, Université de Provence Aix-Marseille 1, le 12 octobre 2008.

Bernard F., Communication engageante, environnement et écocitoyenneté : un exemple des « migrations conceptuelles entre Sic et psychologie sociale, in *Communications et Organisation, Migrations conceptuelles. D'où viennent les concepts de la communication organisationnelle ?*, N° 31, pp. 27- 41, Bordeaux 3, GREC/O, 2007.

Bernard F., Communication environnementale et instituante : action et responsabilité sociétales, communication au séminaire de la Journée d'Etudes dans le cadre du programme ANR écocitoyen, Institut Universitaire de Technologie (IUT), Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2, le 06 décembre 2007.

Bernard F., La communication de changement, vers une heuristique de l'induction », *Communication et Organisation*, N° 12, pp. 303- 337, GREC/O, Université Michel de Montaigne, 1997.

Bernard F., Le paradigme de la communication engageante : nouveaux enjeux, problématiques et pratiques pour la communication des organisations, in *Pratiques et usages organisationnels des sciences et technologies de l'information et de la communication*», Actes du Colloque International en Sciences de l'Information et de la Communication, Rennes, 7, 8 & 9 septembre 2006.

Bernard F., Les Sic, une discipline de l'ouverture et du décloisonnement in Bouzon, A., Meyer, V., (Dir.) *La communication organisationnelle en question*, pp. 32- 46. Paris : L'Harmattan, 2006a.

Bernard F., Organiser la communication d'utilité publique : Le paradigme de la communication engageante, in *Communication et Organisation* N° 29. *Figures de l'urgence et communication*, pp. 65- 86, GREC/O, Université Michel de Montaigne 2006b.

Berndt T. J., « The features and effects of friendship in early adolescence », *Child Development* n°53, pp.1447-1460, 1982.

Bernoux P., *La sociologie des organisations*. 3ème édition : Seuil, 1985.

Bessette G., *Communication pour le développement et participation communautaire*, guide

Blanchet A., *Dire et faire-dire : l'entretien*, Armand Colin, Paris, 1991.

Blanchet A., *L'entretien dans les sciences sociales*, Dunod, Paris, 1985.

Bloch H., Chemama R., Gallo A., Leconte P., Le Ny J.-F., Postel J. & Moscovici S., *Grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris, 2007.

Bloch H., Depret E., Gallo A., Garnier P. H., Gineste M. D., Leconte P., Le Ny J.-F., Postel J., Reuchlin M., Casalis D., *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, Larousse, Paris 1997.

Bloch H., Depret E., Gallo A., Garnier P. H., Gineste M. D., Leconte P., Le Ny J.-F., Postel J., Reuchlin, M., Casalis D., *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, Larousse, Paris 1997.

Boileau C., « Raymond Massé, *Culture et Santé Publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé* », *Face à face*, mis en ligne le 01 septembre 1999, consulté le 12 septembre 2014. URL : <http://faceaface.revues.org/469>

Boudon R. & Bourricaud F., *Dictionnaire critique de Sociologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 2004.

Boula J.-G., « Les infections sexuellement transmissibles en Afrique subsaharienne et la prévention », *Projet d'intervention* de la Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales, 2004.

Bouvard M., *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*, Masson, Paris, 2002.

- Bowen S., *Language Barriers in Access to Health Care/Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Health Canada Minister of public works and government services, Canada, 2001.
- Boyer H., « Matériaux pour une approche des représentations sociolinguistiques. Eléments de définition et parcours documentaire en diglossie », dans *Langue Française*, n°85, Larousse, Paris, 1990, pp. 102-123.
- Braconnier A. & Marcelli D., *L'adolescence aux mille visages*, Odile Jacob, Paris, 1998.
- BRANCA-R., *Les imaginaires de la langue dans Sociolinguistique, Territoire et objets* de Boyer H. (dir.), Delachaux et Niestlé, Lausanne et Paris, 1996, pp. 79- 114.
- Brehm J. W. & Cohen A. R., *Explorations in cognitive dissonance*, Wiley, New York, 1962.
- Brehm J. W., *A theory of psychological reactance*, Academic Press, New York, 1966.
- Brehm S. S. & Brehm J. W., *Psychological reactance*, Academic Press, New-York 1981.
- Brenot J. & Tuvée L., (1996). *Le changement dans les organisations*, « Que sais-je ? ». PUF : Paris.
- Brenot J. & Tuvee L., *Le changement dans les organisations*, Presses Universitaires de France, Paris, 1996.
- Breton P. & Proulx S., *L'explosion de la communication à l'aube du XXIème siècle*. Paris : La Découverte, Coll. Sciences et société, 2002.
- Bril B. & Lehalle H., *Le développement psychologique est-il universel ? Approches interculturelles*, Presses Universitaires de France, Paris, 1988.
- Brinberg D. & Cummings V., « Purchasing generic prescriptions drugs: an analysis two behavioural intentions models » in *Advances consumer Research* n°11, pp. 229-234, 1984.
- Bronislaw M., *Les dynamiques de l'évolution culturelle*, Payot, Paris, pp 73, 1970.
- Bronislaw M., *Une théorie scientifique de la culture*, Point seuil, Paris, 1970.
- Bury J. A., *Éducation pour la santé, concepts, enjeux, planification*, De Boeck, Bruxelles, 1988.
- Butler R. N. & Brody J. A., *Delaying the onset of late life dysfunction*, Springer, New York, 1995.
- Cacioppo J. T. & Petty R. E., « The need for cognition » in *Journal of Personality and Social Psychology* n°42, pp.116-131, 1982.
- Caldwell J. C., Caldwell P. & Ankrah E. M., « African families and AIDS: context, reactions and potential interventions » in *Health Transition Review* n°17 (2), pp.1-16, 1993.
- Caldwell J. C., Orubuloye I. & Caldwell P., « The destabilization of the traditional Yoruba sexual system ». *Population and Development Review*, n°17, pp.229-262, 1991.
- Caldwell J., Caldwell P. & Quiggins P., « The social context of Aids in sub- Saharan Africa ». *Population and Development Review* n°15 (2), pp.185-234, 1989.

- Calves E. A., « Youth and fertility in Cameroon: changing patterns of family formation », Thesis, Rural Sociology and Demography, The Pennsylvania State University, 1996.
- Campan R. *Neuroéthologie*, Centre National de Recherches sur le Sida, Paris, 1986.
- Carbonnelle S., La santé, la maladie comme « représentations », *Santé conjugée*, avril 2001, n°16, pp. 24-30.
- Carricaburu D., Ménoret M., *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2011 – 2012, Paris.
- Castle S., « Doubting the existence of AIDS, a barrier to voluntary HIV testing and counselling in urban Mali » in *Health Policy and Planning* n°18 (2), pp.146-155, 2003.
- Castoriadis C., *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Seuil, 1975.
- Cerclé A. & Somat A., *Psychologie sociale: cours et exercices*, Dunod, Paris, 2005.
- Chabrol C. & Radu M., *Psychologie de la communication et persuasion. Théories et applications*. Bruxelles : De Boeck, 2008.
- Champagne P., Lenoir R. & Merllier D., *Initiation à la pratique sociologique*, Bordas, Paris, 1994.
- Chang M. K. & Cheung W., « Determinants of the intention to use Internet / www at work: a confirmatory study » in *Information & Management* n°39, pp. 1-14, 2001.
- Chisman F. P., *Attitude psychology and the study of public opinion*, Pennsylvania University Press, 1976.
- Cialdini R. B., Petty R. E. & Cacioppo J. T., « Attitude and attitude change » in *Annual Review of Psychology* n°32, pp.357-403, 1981.
- Cibois P., *Une analyse factorielle*, Presses Universitaires de France, Paris, 1987
- Claes M., *L'expérience adolescente*, Pierre Mardaga, Bruxelles, 1986.
- Coch L. & French J. R. P., « Over coming resistance to change » in *Human Relations* n°11, pp.512-532, 1948.
- Codol J. P., « On the so-called “superior conformity of the self” behaviour: twenty experimental investigations » in *European Journal of Social Psychology* n°5, pp.457-501, 1976.
- Codol J.-P., « L'asymétrie de la similitude perçue entre des personnes diversement stéréotypées » in *Cahiers de Psychologie Cognitive* n°4, pp.601-606, 1984.
- Codol J.-P., « Le phénomène de la conformité supérieure de soi, expériences exploratoires » in *L'Année psychologique* n°73, pp.565-585, 1973).
- Coleman J. C., *The nature of adolescence*, Methuen, Londres, 1980.
- Conein B. & Jacopin E., « Action située et cognition : le savoir en place » in *Sociologie du Travail* n°36, pp. 475-500, 1994.

- Conner M. & Norman P., *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*, Open University Press, Buckingham, 1996.
- Cottraux J., « Méthodologie: les échelles d'attitude » in *Recherche en soins infirmiers* n°62, pp.25- 7, 2000.
- Courbet D., Bernard F., Joule R.-V., Halimi-Falkowicz S., « Communication numérique engageante et protection de l'environnement : effets immédiats et différés sur les comportements, l'attitude et la mémorisation », *3e Colloque international Psychologie sociale et Communication*, 22-24 juin 2009, Tarbes (France).
- Courbet D., Fourquet-Courbet M.-P., « Les processus psychologiques lors de la création publicitaire », *Hermès*, n° 41, *Psychologiesociale et communication*, 2005, p. 67-74.
- Cros M., *Les maux de l'Autre, la maladie comme objet anthropologique*, L'Harmattan, Paris, 1996.
- Crozier M. & Friedberg E., *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collectives*, Seuil, Paris, 1977.
- D'Almeida N., Griset P. & Proulx S., La communication pour repenser l'innovation, in *Hermès, Communiquer-Innover, Réseaux, Dispositifs*, Cnrs Editions, N° 50, 2008.
- DAGENAIS S., *Sciences humaines et méthodologie, initiation pratique à la recherche*, éditions Beauchemin Itée, Québec, 161p, 1991.
- Daval R., Bourricaud Y., Delamotte Y. & Doron R., *Traité de psychologie sociale, vol. I*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- Davidson A. R., « From attitudes to actions to attitude change: the Effects of Amount and Accuracy of Information ». in *Attitudestrength: antecedents and consequences*, pp.315- 36, NJ, Mahwah, 1995.
- Davis F. D., « Perceived usefulness, perceived Ease of use, and user acceptance of information Technology » in *Miss quarterly* n°13, pp.319-340, 1989.
- Davison M., "Communication concepts, practice and challenges" in *Health Education Research*, Volume 23, Issue 3, p. 369-370, 2008.
- Dawes J., «Do data characteristics change According to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales » in *International Journal of Market Research* n°50, 1, pp.61-77, 2008.
- De Montmollin G., « Le changement d'attitude », in *Psychologie Sociale*, pp.91-138, Presses Universitaires de France, Paris, 1984.
- De Montmollin G., *L'influence sociale : phénomènes, facteurs et théories*, Presses Universitaires de France. Paris, 1977.
- De Singly F., *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Nathan, Paris, 1992.

- Debaty P., *La mesure des attitudes*, Presses Universitaires de France, Paris, 1967.
- Debesse M. (1993). *L'adolescence*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Delhomme P. & Meyer T., *La recherche en psychologie sociale, Projets, méthodes et techniques*, Armand Colin, Paris, 2003.
- Denieuil P- N., *Cultures et société, Essai sur la diversité culturelle dans les rapports sociaux, Itinéraires d'un sociologue*, L'Harmattan, Paris, 2008.
- Deschamps J.-C., Joule R.-V. & Gurny C., « La communication engageante au service de la réduction de l'abstentionnisme électoral : une application en milieu universitaire », *Revue européenne de psychologie appliquée*, n° 55, p. 21-27, 2005.
- Desclaux A., *Aspects anthropologiques*, Colloque "enfance et Sida", <http://osi.bouake.free.fr> consulté le 11 février 2009.
- Deutsch H., *Problèmes de l'adolescence : la formation de groupes*, Payot, Paris, 1970.
- Deutsch M. & Gerard H. B., « A study of normative and informational social influences upon individual judgment » in *Journal of Abnormal and Social Psychology* n°51, pp.629-636, 1955.
- Dibakana A., *Usages sociaux du téléphone portable et nouvelles sociabilités au Congo* tiré de *Politique africaine* n° 85, mars 2002.
- Diop Fatou épouse SALL, *Politiques publiques de santé et dynamiques de la reproduction : des inégalités sociales aux inégalités de santé. Cas des communautés rurales de Kelle, Leona, Coki et Ngeune sarr dans la région de Louga*, Thèse pour le doctorat d'État ès lettres et sciences humaines, UFR de Lettres et Sciences Humaines, Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal, Année académique : 2012-2013.
- Diop J. N., « La fécondité des adolescentes au Sénégal » in *Programme de petites subventions de l'UEPA* n°11, Septembre 1995.
- Diop T. A., «Le sida, un défi de survie pour l'Afrique » in *Prévenir* n°25, pp.149-154, 1993.
- Doise W. & Palmonari A., *Social interaction in individual development*, Cambridge University Press, 1984.
- Doise W., Deschamps J.-C. & Mugny G., *Psychologie sociale expérimentale*. Armand Colin Paris, 1991.
- Dörner D., « Intention, Memory and Intention Regulation ». in *Human Memory and cognitive capabilities, Mechanisms and performance*, science Publishers, Elsevier, 1986.
- Dozon J.-P. & Fassin D., *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, 2001.
- Drozda-Senkowska E., *Psychologie sociale expérimentale*, Armand Colin, Paris, 2002.
- Durkheim E. *Les règles de la méthode sociologique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1895.

Durkheim É., *Représentations individuelles et représentations collectives*, Revue de métaphysique et de morale, 1897, reproduit dans : Sociologie et philosophie, Paris, P.U.F., 1967, p. 27 [Texte disponible dans Les Classiques des sciences sociales. JMT.]

Dzewaltowski D. A., Noble J. M. & Shaw J. M., « Physical activity participation: social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior » in *Journal of Sport and Exercise Psychology* n°12, pp.388-405, 1990.

Eagly A. H. & Chaiken S., « Attitude, structure and function », in *The Handbook of Social Psychology* n°1, pp.269-322, Mc Graw-Hill, New York, 1998.

Eagly A. H., « The comprehensibility of persuasive arguments as a determinant of opinion change » in *Journal of Personality and Social Psychology* n°29, pp.758-773, 1974.

Earl A. & Albarracin D., Nature, decay, and spiraling of the effects of fear-inducing arguments and HIV counseling and testing: a meta-analysis of the short- and long- term outcomes of HIV-prevention interventions, *Health Psychology*, vol. 26, 4, pp. 496- 506. 2007.

Ebale Moneze C., *Le développement théorique de la psychologie sociale*, Presses Universitaires de Yaoundé, 2001.

Ellis A., *Overcoming resistance*, Springer, New York, 1985.

Emtcheu A., « Le rôle de la tradition dans l'éducation : l'Eglise et l'Education » in *Collection semaine interdisciplinaire, Faculté de Théologie Protestante*, pp.53-58, 1988.

Emtcheu A., « Introduction à la psychologie du sport : Théories et applications. Sciences et techniques des activités psychiques et sportives » in *Actes du séminaire international de la Confejes pour le soutien scientifique et technique du mouvementsportif* n°1, pp.19-33, 1989.

Emtcheu A., « La fonction éducative de la littérature orale. Littérature orale de l'Afrique contemporaine : Approches théoriques et pratiques ». *Actes du Symposim sur la littérature orale de l'Afrique contemporaine : Université de Guelph, Université de Yaoundé*, pp.69-77, 1989.

Emtcheu A., « Le statut épistémologique de l'objet en psychologie. » in *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de CHEIKH ANTA DIOP de Dakar*. Encyclopaedia Universalis, Paris, 2003.

Emtcheu A., « Les besoins psychologiques de la libération de la femme africaine, le Flambeau » in *Revue Théologique de l'Asthéol-ouest – Faculté de la Théologie Protestante Yaoundé*, pp.52-59, 1993.

Emtcheu A., « Modèle psycho-social d'analyse de l'acte éducatif: le nouveau triangle pédagogique. » in *Annales de la faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines del'Université de Douala*, n°1 et 2, pp.19-34, 1998.

- Emtcheu A., « Orientation institutionnelle et disciplinaire des étudiants de l'Université de Yaoundé » in *Actes du Congrès International de l'Association Internationale de Pédagogie*, pp.221-225, 1992.
- Emtcheu A., « Représentations mentales des élites de la forêt tropicale et les richesses de ses habitants et influence sur les projets de développement durable et de conservation » in *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines del'Université de Douala n°1*, pp.31-42, 2001.
- Emtcheu A., *Mort et thérapie de groupe : le rite du veuvage chez les Douala du Cameroun*, Africa Spectrum / Institut für Afrika-Kunde. Hamburg, 2001.
- Engel G. L., « The need for a new medical model: A challenge for biomedicine» in *Science* n°196, pp.129-136, 1977.
- Erikson E., « The problems of ego identity » in *Journal of the American psychoanalytic Association n°4*, pp.56 -121, 1956.
- Erikson E., *Adolescence et crise : la quête d'identité*, Flammarion, Paris, 1968.
- Essono J.-M., « Le Cameroun et ses langues », dans *CAMEROUN 2001, Politique, langues et économie et santé*, Harmattan, Paris, 2001, pp. 61-87.
- Essono J.-M., *Yaoundé : Toponymie, Histoire et Anthropologie. Etude des groupes ethniques, des noms de rues et de quartiers, contribution à la connaissance de l'histoire de la ville, Yaoundé : Cameroun*, 2004.
- Evans R. G. & Stoddart G. L., « Producing health, consuming health care » in *why are some people healthy and others not?*, Hawthorne, New York, 1994.
- Eymard C., *Initiation à la recherche en soins et santé*, Paris, 2003.
- Fainzang S., La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale, *Ethnologies comparées*, Automne 2001, n°1 (<http://alor.univ-montp3.fr/cerce/r1/s.f.htm>).
- Fainzang S., *Pour une anthropologie de la maladie en France*, Paris, EHESS, 1989.
- FAO, *La communication pour le développement*. Rome, 68 p. 2002.
- Fazio R. H. & Zanna M. P., « Direct experience and attitude- behavior consistency » in *Advances in experimental social psychology*, pp.162-202, New York, 1981.
- Fazio R. H. « How do attitudes guide Behaviour? ». in *Handbook of motivation and cognition: Foundation of social Behaviour*, pp.204-243, New York, 1986.
- Feral C. de, « Français oral et "camfranglais" dans le sud du Cameroun », dans Queffelec A., (éd.), *Alternance codique en français parlé en Afrique*, Actes du Colloque d'Aix-en-Provence, Septembre 1995, Publications de l'Université de Provence, Aix-en-Provence, 1997, pp. 205-212.
- Festinger L. & Carlsmith J. M., « Cognitive consequences of forced. Compliance » in *Journal of Abnormal and Social Psychology* n°58, pp. 203-210, 1959.
- Festinger L., *A theory of cognitive dissonance*, Row Peterson, Evanston, 1957.

- Fischer G.- N., *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Dunod, Paris, 2003.
- Fischer G.-N., « La psychologie de la santé, champ théorique et intervention » in *Psychologues et Psychologies* n°141, pp.40- 41, 1998.
- Fischer G.-N., *Traité de psychologie de la santé*, Dunod, Paris, 2001.
- Fishbein M. & Ajzen I., « Theory-based behaviour change interventions: Comments on Hobbies and Sutton » in *Journal of Health Psychology* n°10, pp.27-31, 2005.
- Fishbein M. & Ajzen I., *Belief, attitude, intention, and behaviour: An introduction to theory and research*, Reading, 1975.
- Fisher J. D. & Fisher W. A., « Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior », in *Handbook of HIVprevention AIDS prevention and mental health*, pp.3-55, New York, 2000.
- Foucault M., *Histoire de la sexualité : I la Volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1986.
- Foucault M., *Histoire de la sexualité: l'usage des plaisirs*, Gallimard, Paris, 1984.
- Franqueville A., *Yaoundé : construire une capitale*, ORSTOM, Paris :. (1984).
- Fraser C., *La communication pour un développement à dimension humaine*. Rome : FAO, 1994. 36 p.
- Freire P., *La pédagogie des opprimés*, Paris : La Découverte / Maspéro, «Petite Collection Maspéro», 1983, 202 p.
- French J. R. P., « A formal theory of social power » in *Psychological Review* n° 63, pp.181-194, 1956.
- Freud A., *Le moi et les mécanismes de défense*, Presses Universitaires de France, Paris, 1975.
- Freud S., *La vie sexuelle*, Presses Universitaires de France, Paris, 1985.
- Freud S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard, Paris, 1962.
- Fries J. F. & Crapo L. M., *Vitality and aging: Implication of the rectangular curve*, San Francisco, 1981.
- Froger S., *La communication participative communautaire au Sénégal : Un outil pour faciliter la sensibilisation et le développement de la culture scientifique?* , Mémoire de Master, 2005.
- Fuchs V., *Who shall live? Health, economics, and social choice*, New York, 1974.
- Gerard H. B. & Rotter G. S., « Time perspective, consistency of attitude and social influence » in *Journal of Abnormal and Social Psychology* n° 62, pp.565-572, 1961.
- Ghiglione R. & Blanchet A., *Analyse de contenu et contenus d'analyse*, Dunod, Paris, 1991.
- Ghiglione R. & Bromberg M., « Interactions, attitudes, représentations, communications » in *Cours de psychologie I: Origines etBases*, pp.205-244, Dunod. Paris, 1998.
- Ghiglione R. & Matalon B., *Les enquêtes sociologiques : Théories et pratique*, Armand Colin Paris, 2004.

- Ghiglione R., Landre A., Bromberg M. & Molette P., *L'analyse automatique des contenus*, Dunod, Paris, 1998.
- Gingras F.-P., « Comment citer des sources sur internet dans un travail scientifique » [pfgingras/metro/citation-1, html](http://pfgingras/metro/citation-1.html), consulté le 24 septembre 2016.
- Girandola F. & Joule R.-V., *La communication engageante : apports théoriques*, 6ème Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française, Grenoble, 2006.
- Girard P. M., Katlama C. & Pialoux G. *VIH*. Paris: Dion. Glasser, W. (1984). *Control theory. A new explanation of how we control our lives*. New York: Harper and Row. (2004).
- Glasman L.R. & Albarracín D., « Forming attitudes that predict future behavior: a meta-analysis of the attitude-behavior relation », *Psychological Bulletin*, n° 132 (5), p. 778-822, 2006.
- Godin G., Sheeran P., Cooner M., Gagne C., Blondeau D. & Germain M., *Etude des déterminants de l'intention de faire un don de sang parmi la population générale*, *Rapport de recherche présenté à Héma-Québec*, 2004.
- Gollwitzer P. M., « Implementation intentions: strong effects of simple plans » in *American psychologist* n° 54, pp.493-503, 1999.
- Good B., *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, coll. «Les empêcheurs de penser en rond», 1998. (1ère éd. US 1994).
- Gosling P., Bouchet J., Chanton O., Kreel V., Maze C., Ric F. & Richard G., *Psychologie sociale : Approches du sujet social et des relations interpersonnelles*, coll. « Lexifac », Bréal Paris, 1996.
- Gosling, P., *Psychologie sociale, vol.1 et 2*, coll. LexiFac psychologie, Bréal, Paris, 1996.
- Grangé D. & Lebart L., *Traitement statistique des enquêtes*, Dunod, Paris, 1993.
- Grawitz M., *Lexique des sciences sociales*, Dalloz, Paris, 1998.
- Grawitz M., *Méthodes des sciences sociales*, Dalloz, Paris, 2001.
- Green E., *Aids and STDs in Africa*, Boulder, Colorado, 1994.
- Green L. W. & Kreuter M. W., *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, Mountain View, Mayfield publishing Co., 1991.
- Greenwald A. G. & Pratkanis A. R., «The self» in *Handbook of Social Cognition* , pp.129-178, Hillsdale, 1984.
- Gudgion T. J. & Thomas M., « Changing environmentally Relevant Behaviour » in *Environmental Education and Information* n°10, 2, pp.101-112, 1991.
- Guéguen N., *Statistiques pour psychologues : cours et exercices*, 2e édition, Dunod, Paris, 2001.
- Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées de maladies, édition 2008.

- Guillaumont P., *Economie du développement*, (tome 1 : le sous-développement), Presses Universitaires de France, collection Thémis, 1985.
- Halaoui N., « La terminologie des langues africaines, esquisse d'une problématique », *Meta*, XXXVI, I, 1991, pp. 291-300.
- Halioua B. & Lunel F., *Les maladies sexuellement transmissibles*, Presses Universitaires de France, Paris, 2002.
- Heider F., « Attitude and cognitive organization » in *Journal of psychology* n°21, pp.107-112, 1946.
- Herzlich C., *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris, 1969.
- Hess R. & Savoye A., *L'analyse institutionnelle*, 2ème édition refondue, « Que Sais-je ? », PUF, Paris, 1993.
- Higgins E. T. « Self-discrepancy: A Theory relating self and affect » in *Psychological Review* n°94, pp. 319-340, 1989.
- Hoffman M. L., « Moral development in adolescence » in *Handbook of adolescent psychology*, pp.295-343, New York, 1980.
- Houel A., « L'adultère au féminin » in *Revue Européenne de sexologie* n°9, 40, pp.55-59, 2002.
- Houel A., « Des femmes face à un métier masculin: représentations et résistances, éducation permanente » in *Trajectoires professionnelles, Reconnaissance de l'expérience* n° 50, pp.43-51, 2002.
- Houel A., « Une passion au féminin: l'adultère » in *Cliniques méditerranéennes* n°69, pp.117-125, 2004.
- Hours B., *Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France, Socio-anthropologie* n°5, Médecine et santé : symbolique des corps (<http://revel.unice.fr/anthropo/document.html>).
- Hovland C. I. & Sherif M., « Judgmental phenomena and scales of attitude measurement: Item displacement In Thurstone scales » in *Journal of Abnormal and Social Psychology* n°47, pp.822-832, 1959.
- Hovland C. I., Janis I. L. & Kelley H. H., *Communication and persuasion*, Yale University Press New Haven, 1953).
- Howell D. C., *Méthodes statistiques en sciences humaines*, De Boeck, Bruxelles, 1998.
- Hrubes D., Ajzen I. & Daigle J., « Predicting hunting intentions and behaviour: An application of the theory of planned behaviour » in *Leisure sciences* n°23, pp.165-178, 2001.
- Hughes S. & Malila, I., Messages from the Urban Environment: The social construction of HIV/AIDS in Botswana, *Paper presented at the Nineteenth SAUSSC conference*, Mmabatho, South Africa, 1-6th December, 1996.

- Hunt C., « Migrant labour and sexually transmitted Disease: Aids in Africa » in *Journal of Health and Social Behaviour* n°30, 4, pp.353-373, 1989.
- Ionescu S. & Blanchet A., *Psychologie du développement et de l'éducation*, Presses Universitaires de France, Paris, 2007.
- Ionescu S. & Blanchet A., *Psychologie sociale et ressources humaines*, Presses universitaires de France, Paris, 2007.
- Jackson H. & Pitts M., « Company policy on Aids in Zimbabwe » in *Journal of Social Development in Africa* n°6, 2, pp.53-70, 1991.
- Jacobi B., *Cent mots pour l'entretien clinique*, Ramonville-Saint-Ange, 1995.
- Jaffré Y., *Éducation et santé* in Sociétés, *développement et santé*.
- Jaffre Y., Olivier De Sardan J.-P., *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, PUF, coll. « Les champs de la santé », Paris, 1999.
- Jakobi J. M. « Le recueil de l'information verbale » in *Cours de psychologie II : Bases, méthodes, Epistémologie*, pp.331-378, Dunod, Paris, 1993.
- Jakobson R., « Linguistique et poétique », *Essais de linguistique générale*, Paris, Minuit, p. 209-248, 1963.
- Janicaud D., *L'intentionnalité en question : entre phénoménologie et recherches cognitives*, Paris, 1995.
- Jaspars J., « Attitudes and social representations ». in *Social Representations*, Cambridge University Press, 1983.
- Jodelet D., *Représentation sociale : Phénomènes, concept et théorie*, in *Psychologie sociale*, sous la direction de Serge MOSCOVICI, le psychologue, PUF, Paris, 1997, P.365.
- Johnson Sargent (eds.), *Medical Anthropology*, Greenwood Press, New York, 1990, pp. 47-72.
- Jones E. E. & Nisbett R. E., « The actor and the observer: divergent perceptions of the causes of behaviour » in *Attribution: perceiving the causes of behaviour*, pp.19-38, General Learning Press, 1972.
- Jones R. A., *Méthodes de recherche en sciences humaines*, De Boeck, Bruxelles, 2000.
- Joule R. V., PY J. & Bernard F., Qui dit quoi, à qui, en lui faisant faire quoi ? Vers une communication engageante, in Bromberg, M. & Trognon, A. (Eds), *Psychologie sociale de la communication*, Dunod, pp. 205- 218, Paris, 2004.
- Joulé R.-V. & Beauvois J.-L., *La soumission librement consentie : comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ?*, Presses Universitaires de France, Paris 1998.
- Joule R.-V. & Beauvois, J.-L., *La Soumission librement consentie*, 214 p, PUF, Paris, 1998.

- Joule R.-V., Bernard F. & Halimi-Falkowics S., Promoting ecocitizenship: in favor of binding communication, *International Scientific Journal for Alternative Energy and Ecology*, 6 (62), pp. 214-218, 2008.
- Joule R-V. & Beauvois J- L., *La soumission librement consentie : Comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ?*, PUF, Paris, 1998.
- Joule R-V. & Beauvois J-L., *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble : PUG, 2002.
- Joule R-V., Pour une communication organisationnelle engageante : vers un nouveau paradigme, *Sciences de la Société*, 50/51, pp. 279- 295, 2000.
- Katz D., « The functional approach to the study of attitudes » in *Public opinion quarterly* n°24, pp.163-204, 1960.
- Kelley H. H., « The processes of causal attribution » in *American psychologist* n°28, pp.107-108, 1973.
- Kenneth K., *communication pour le développement*, le Courrier n° 170, Juillet-Août 1998.
- Kiesler C. A., Nisbett R. E. & Zana M., «On inferring one's belief from one's behaviour» in *Journal of Personality and Social Psychology* n°11, pp. 3221-3273, 1969.
- Kipnis D., «Trust and technology» in *Trust in organizations: frontiers of theory Research*, pp.39-50, Thousand Books, Sage, 1996.
- Köhler W., *Gestalt psychology*, Gallimard, Paris, 1929.
- Kotter J. P. & Schlesinger L. A., «Choosing strategies for change». *Harvard Business Review* n°57, pp.106 – 114, 1979.
- Kuhn T. S., *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris, 1972.
- Lafrenaye Y. « Les attitudes et le changement des attitudes » in *les fondements de la psychologie sociale*, pp.329-405, GaëtanMorin, Montréal, 1994.
- Lamizet B., et Silem H., Dictionnaire encyclopédique des sciences de l'information et de la communication, p. 360, Ed Ellipse, Paris, 1997
- Lamprey P., Wigley M., Carr D. & Collymore Y., « Face à la pandémie du VIH/sida » in *Bulletin population* n°57 du 3 Septembre 2002, pp.28-54, 2002.
- Laplantine F., *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris, 1986.
- Lasswell H. D., *Power and personality*, Norton, New York, 1948.
- Lawrence, P. R. (1969). «How to deal with resistance to change». *Harvard Business Review*, 3, 32, (pp.49-57).
- Le Blanc M., Meintel D. & Piche V., « The African sexual system: comment » in *Population and Development Review* n°17, 3, pp.497-505, 1991.
- Lemaine G. & Lemaine J.-M., *Psychologie sociale et expérimentale*, Mouton, Paris, 1969.

- Lemoine C., « Effets d'appropriation de la méthode par questionnaire » in *Bulletin de psychologie*, Tome 54 (3) 453/ Mai-juin, pp.307-313, 2001.
- Lewin K., « Décisions de groupe et changement social » in *Psychologie Sociale: textes fondamentaux*, Tome. 2, pp.498-519, 1965.
- Lewin K., *Psychologie dynamique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1975.
- Leyens J. P., *Psychologie sociale*, Pierre Mardaga, Bruxelles, 1977.
- Leyens J.-Ph. & Beauvois J.-L., *L'Ère de la cognition*, Presses Universitaires de Grenoble, 1997.
- Leyens J.-Ph., *Psychologie sociale*, Mardaga Bruxelles, 1979.
- Loux F. & Richard P., *La santé et la maladie dans les proverbes français*, G.-P. Maisonneuve et Larose, Paris, 1978.
- Loux F., *Le jeune enfant et son corps*, Flammarion, Paris, 1978.
- Loux F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Inter Editions, Paris, 1990.
- M.c Graw-Hill.Ajzen I. & Fishbein M., *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood cliffs, N J Prentice-Hall, England, 1980.
- Maisonneuve J., *Introduction à la psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1985.
- Mannoni P., *Les représentations sociales*, Paris, PUF.,2003 (1ère éd. 1998), p.7.
- Marchioli A. & courbet D., « Communication de santé publique et prévention du sida. Une expérimentation sur l'influence de mini-actes engageants via Internet », *Hermès, La Revue* n° 58, p. 167-174. 2010.
- Marchioli A., *La communication d'action et d'utilité sociétales : étude de la production et de la réception de la communication médiatique préventive du sida. Perspectives ouvertes par la communication engageante*, Thèse de doctorat en sciences de l'information et de lacommunication, Aix-Marseille Université, 275 p, 2010.
- Marcuse H., *Eros et civilisation*, Beacon Press, Boston, 1963.
- Masse R., *Culture et santé publique, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Gaëtan Morin, Montréal 1995.
- Massé R., *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin, 1995.
- Masson-Maret H. « Stratégies d'influence et prévention du sida » in *Bulletin de psychologie*, XL VII, pp.601-609, 1994.
- Masson-Maret H. Joule R.-V., Juan De Mendoza, J.-L., « Une recherche expérimentale appliquée à la prévention du sida en milieu scolaire », *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, n° 13, p. 11-22, 1992.
- Masson-Maret H. *Psychologie et changement d'attitude. Une recherche-action : la prévention du SIDA*, Habilitation à Diriger des Recherches, Université de Nice-Sophia Antipolis, 1990.

- Mathieu J. & Thomas R., *Manuel de Psychologie*, Vigot, Paris, 1995.
- Merlet Ph., Garnier Y. & Vinciguerra M., *Le petit Larousse illustré*, Larousse, Paris, 2006.
- Milgram S., *Soumission à l'autorité*, Caimann-Lévy, Paris, 1974.
- Moscovici S., « Attitudes et opinions » in *Annual Review of Psychology* n°14, pp.231-260, 1963.
- Moscovici S., *Psychologie des Minorités actives*, Presses Universitaires de France, Paris, 1979.
- Moscovici S., *Psychologie sociale*, Presses Universitaires de France, Paris, 1984.
- Moscovici S., *Psychologie sociale*, Presses Universitaires de France, Paris, 1998.
- Moser G., « Enquête » in *Dictionnaire de psychologie*, pp.257-258, Presses Universitaires de France Paris, 1998.
- Moser G., *Les relations interpersonnelles*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
- Mucchieli A., *La psychologie sociale, les fondamentaux*, Hachette, Paris, 2001.
- Mucchieli A., *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Paris, 1996.
- Myers A. & Hansen C.-H., *Psychologie expérimentale*, De Boeck, Bruxelles, 2003.
- N'Da P., *Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats*, EDUCI, 2000.
- Ngueyap F., « Ethnie, milieu d'habitat et propagation du VIH/SIDA. Evaluation, facteurs associés et Implications », *Communication présentée au séminaire sur « les Aspects socio-économiques, sanitaires et démographiques du VIH/Sida en Afrique »*, organisé par l'UEPA, Abidjan, pp.26-28, octobre 1995.
- Noumbissie C. D. *Environnement et Attitude. « Stimulations sexuelles » de l'environnement et résistance au changement d'attitudes face au VIH/Sida chez les adolescents de Yaoundé*, Diplôme d'Etudes Approfondies (D.E.A) en psychologie, Université de Yaoundé I, 2004.
- Ombolo J.-P., *Sexe et société en Afrique noire*, Harmattan, Paris, 1990.
- ONUSIDA, « *Une riposte commune au VIH/SIDA* », Genève, 2003.
- Pabingui G., *Apport de l'anthropologie pour améliorer l'interface entre patients et équipe soignante*, Datisémi, Maison du bien-être, 2012.
- Petard J.-P., *Psychologie sociale*, Bréal, Rosny, 1999.
- Piaget J., *Le structuralisme*, Presses Universitaires de France, Paris, 1968.
- Piaget J., *Réussir et comprendre*, Presses Universitaires de France, Paris, 1974.
- Pieron H., *Vocabulaire de la psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1992.
- Pierret T., *Les significations sociales de la santé*, l'Essone, l'Hérault, Paris.
- Pini G., & Hexel D., *La théorie de la généralisabilité appliquée à un instrument de mesure des attitudes face à l'apprentissage d'une langue étrangère*, Fribourg, Genève, 1999.

pratique de communication pour le développement, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2004.

Quivy R. & Van Campenhoudt L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995.

Raoult D., *Les nouvelles maladies infectieuses*, Presses Universitaires de France, Paris, 1999.

Rashidi O., *Les langues indigènes dans le processus de développement en Afrique, Défis, opportunités et alternatives*, Revue africaine des médias, CODESIRA, volume 13, numéro 2, 2005.

Rasse P., *La rencontre des mondes. Diversité culturelle et communication*, Armand, Paris, 2006.

Rassial J.-J., *Sortir : l'opération adolescente*, Érès, Toulouse, 2000).

RECUP'ACTION, *VIH/SIDA : le chemin de croix des malades*, 9, pp.9-19, 2005.

Renaud L., & Carmen Rico de Sotelo, *Communication et santé : des paradigmes concurrents*, p. 32, 2007.

Retel L. A., *Étiologie et perception de la maladie, dans les sociétés modernes et traditionnelle*, L'Harmattan, Paris, 1987.

Richard J. F., « Les méthodes statistiques » in *Cours de psychologie II : Bases, méthodes, Epistémologie*, pp.465-594, Dunod, Paris, 1993.

Rivers W.H.R., *Medicine, Magic and Religion*, Paul Kegan, Londres, 1924.

Rogers E., *Communication and Development, Critical Perspectives*, Beverly Hills, London, Delhi, Sage Publications, 1976 cité par Bessette G., *la communication participative communautaire : un agenda ouest-africain*, CRD I, 1996, p 9.

Rosenthal C. & Frémontier-Murphy C., *Introduction aux méthodes quantitatives en sciences humaines et sociales*, Dunod, Paris, 2001.

Roudet B., *Jeunes, Sexualité, SIDA: comportement et prévention*, Marly le Roi, Paris, 1994.

Roussiau N. & Bonardi C., *Les représentations sociales : Etat des lieux et perspectives*, Mardaga, Liège, 2001.

Rovanet H., Bernard J.-M. & Leroux B., *Statistique en sciences humaines : analyse inductive des données.*,Dunod. Paris, 1990.

Rwenge M., « Facteurs contextuels des comportements sexuels: le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun) », *Programme de petites subventions del'UEPA*, 40, Octobre 1999.

Rwenge M., Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse, in BECKER C. DOZON J.-P. & al. (éds), *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa*, pp. 217- 233, Karthala & Codersia, 1999.

Samb M., *Medias et langues nationales au Sénégal: Le long chemin de croix de l'information régionale*, Revue Electronique Internationale de Sciences du langage Sud langues, N° 9, Dakar, 2008.

Santiago-Delefosse M., *Psychologie de la santé: perspectives qualitatives et clinique*, Pierre Mardaga, Bruxelles, 2002.

Schachter, S. « Déviation, rejet et communication » in *Psychologie Sociale, textes fondamentaux anglais et Américains*, pp.241-262, Dunod, Paris, 1965.

Scheper-H., Nancy, *Three Propositions for Critically Applied Medical Anthropology*, Social Science and Medicine, 1990, vol.30, n°2, pp. 189-197.

Seca J.-M., *Les représentations sociales*, Armand Colin, Paris, 2002.

Seron X., Lambert J.-L. & Vanderlinden M., *La modification du comportement: Théorie, pratique, éthique*, Pierre Mardaga, Bruxelles, 1977.

Sey H. J., *Langues locales et communication pour la santé en pays Wè : Logique, stratégie et enjeu*, Mémoire de Master 2, sous la direction du Professeur NANGA Adjaffi Angéline, UFRICA, UFHB, Soutenu publiquement en 2014.

Sey H. J., *Promotion de la téléphonie mobile et son usage chez les jeunes lycéens*, Mémoire de Maitrise, sous la direction du Professeur NANGA Adjaffi Angéline, UFRICA, UFHB, Soutenu publiquement le 05 Août 2013.

Stacey M., *the Sociology of Health and Healing*, A Textbook, London, Routledge, 1991 (1ère éd. 1988).

Strauss A. L. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, L'harmattan, Paris, 1992.

Taborda – Simes M. C., « L'adolescence: une transition, une crise ou un changement » in *Bulletin de Psychologie*, 58(5), 479, pp.521-534, 2005.

Tchamran N.-P., *Communication et santé publique en Côte d'Ivoire : Focus sur la lutte contre le paludisme*, Projet de thèse de doctorat, sous la direction du Professeur BLÉ Raoul Germain, UFRICA, UFHB, 2008-2009.

The Communication Initiative Change theories: stages of change Model. [En ligne]. Disponible: <http://www.comminit.com/ctheories/sld-2920.html>, 2002b.

The Communication Initiative Change Theories: The behaviour change spiral. [En ligne]. Disponible: <http://www.comminit.com/ctheories/sld-2912.html>, 2002a.

Thomas R. & Alaphilippe D., *Les attitudes*, Presses Universitaires de France, Paris, 1993.

Tjadé E. M., *Communication et changement sociaux : pour une représentation synergique et interactionniste*, in *Communication et changement social en Afrique et dans les Caraïbes : bilan et perspectives*, Douala, pp 114-115, Avril 2006.

Touati F.-O., *Maladies médicinales et sociétés, approches historiques pour le présent*, Histoire au présent, Paris, 1993.

Tsala Tsala, J.-Ph., « L'ascenseur et l'escalier: la lutte contre le Sida au Cameroun » in *Sahara Journal*, 1, 3, pp.139-156, 2004.

UEPA., *Rapport de la conférence sur Reproduction et Santé Familiale en Afrique*, Dakar, Sénégal, 1994.

Unrug M. C., *Analyse de contenu et acte de parole : de l'énoncé à l'énonciation*, Les Editions Universitaires, Paris, 1974.

VAN Der Veen L. J., "Maladies et remèdes en Afrique centrale : perception, dénomination et classification", in *Actes du 3^{ème} colloque Européen d'Ethnopharmacologie et de la 1^{ère} Conférence International d'Anthropologie et d'Histoire de la Santé et des maladies*, Université de Genova, Italie, 1996.

Van Eynde L., *La pensée de l'imaginaire de Castoriadis du point de vue de l'anthropologie philosophique*, Klimis, S. in S. et VAN EYNDE, L. *L'imaginaire selon Castoriadis. Thèmes et enjeux*, pp 63-74, Vol. 1, Bruxelles, 2006.

Vas A. & Vande Velde B., « La résistance au changement revisité du top management à la base: une étude exploratoire » in *IX^{ème} Conférence Internationale de management stratégique*, AIMS, 2000.

Vigarello G., *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Le Seuil, Paris, 1985.

Vigarello G., *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le moyen âge*, Le Seuil, Paris, 1993.

Wallon H., *De l'acte à la pensée*, Flammarion, Paris, 1970.

Wilkinson R. et Marmot M. (sous la dir. de), *Les déterminants sociaux de la santé : Les faits*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé/Bureau régional de l'Europe, 40 p., 2004.

Winkin Y., *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*, De Boeck Université, Seuil, Paris, 2001.

Yzerbyt V. Y. & Corneille O., *Textes de bases en sciences sociales : la persuasion*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1994.

ANNEXES



ufrica

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Sexe :

Masculin Féminin

Âge :

15 - 19 ans 20 - 24 ans 25 - 29 ans 30 - 34 ans 35 - 39 ans 40 - 44 ans 45 - 49 ans 50 ans et plus

Religion :

Animiste Musulman Chrétien (ne)

Autre religion, précisez.....

État matrimonial :

Célibataire Marié(e) Union libre Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Localité :

Facobly Kouibly

Niveau d'instruction :

Aucun Primaire Secondaire Supérieur

Activité professionnelle :

Activité domestique Agriculteur (trice) Éleveur (se) Pêcheur
Artisan Commerçant (e) Chauffeur Fonctionnaire
Mécanicien (ne) Travailleur du secteur privé Marabout Sans emploi

A - Savoir, Croyances et Pratiques des populations à l'égard des maladies

I – Savoir des populations sur les maladies

1. Qu'est-ce qu'une maladie ?

C'est ne pas se sentir bien dans sa peau C'est ne pas se sentir bien dans sa tête
C'est ne pas se sentir bien au niveau du physique Autre, précisez.....

2. Selon toi, comment contracte-t-on les maladies ?

.....
.....
.....

3. Selon toi, combien de catégories de maladies existent-ils ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 plus de 12

4. Peux-tu les citer ?

Oui Non

5. Cite les maladies qui sont fréquentes dans ta localité ?

.....
.....

6. Ces maladies ont-elles des noms dans ta langue maternelle ?

Oui Non Je ne sais pas

7. Si oui, donne les noms de ces maladies dans ta langue maternelle.

.....
.....
.....

II – Croyances des populations

1. Tu crois que la maladie est :

Une punition de Dieu Une punition des génies Une punition du diable

Un mauvais sort Autre, précisez :

2. Comment voyez-vous la maladie ?

.....
.....

3. Comment les prix des prestations de soins à l'hôpital ou dans le centre de santé ?

Moins cher ordable Cher Trop er Je ne sais pas

4. Comment trouves-tu la qualité des soins donnés à l'hôpital ou du centre de santé de la ville ?

.....
.....

III – Pratiques des populations

1. Comment te comportes-tu devant une personne malade ?

Tu lui donnes de l'argent pour ses soins pries pour lui Tu t'éloignes de lui

Autre, précisez.....

2. Lorsque tu es malade, quelle est le sentiment qui t'anime ?

Tu es abattu es triste Tu penses que tu ne guériras pas

Tu crois que tu vas guérir Autre, précisez.....

3. Lorsque tu es malade, où vas-tu pour te soigner ? (Plusieurs réponses possibles)

À l'hôpital ez le marabout Ch le guérisseur Chez le tradi-praticien(ne) À l'église À la
mosquée Autre, précis

B – Attitudes et comportements des populations

I – Attitudes des populations

1. Dans quelle langue les agents de santé donnent-ils les informations sur les maladies aux populations ?

En Français En Wôbé Autre, précisez.....

2. Après avoir assisté à une campagne de sensibilisation sur le mode de transmission des maladies et leurs conséquences en langue française, quel sentiment t'anime ?

Tu as l'impression de n'avoir rien compris Tu as compris cun sentiment

Autre, précisez.....

II - Attitudes et comportements des populations ayant reçu les informations de santé en langue Wôbé

1. Quel est ton niveau de compréhension de la langue Wôbé ?
Faible Moyen Passable Bon Très bon Elevé
2. Lorsque tu reçois les informations sur les maladies dans la langue Wôbé, cela a-t-il de l'effet sur toi ?
Oui Non ne sais pas
3. Justifie ta réponse ?
.....
.....
.....

C – Forces, faiblesses et opportunités des langues locales

I – Faiblesses des langues locales

1. Dans ta langue maternelle, toutes les maladies ont-elles des noms ?
Oui Non ne sais pas
2. Il t'arrive d'avoir honte lorsque tu parles ta langue maternelle ?
Pas du tout Souvent Pas souvent
3. Si tu as honte, dis pourquoi ?
.....
.....
.....

II – Forces et opportunités des langues locales

1. Quelle est la langue que tu comprends mieux ?
Wôbé Français Autre, précisez.....
2. Quelle langue utilises-tu pour communiquer le plus souvent, au quotidien, en famille ou avec les autres ?
Wôbé Français Autre, précisez.....

D – Exposition aux médias

1. Quels sont les moyens de communication que tu as chez toi, à la maison ? (Plusieurs réponses possibles)
Radio Télévision Internet Téléphone portable Téléphone fixe
Autre, précisez.....
2. De quel moyen de communication le plus utilisé par les agents de santé pour vous donner les informations sur les maladies dans la ville ?
Radio Télévision Presse (journal) Internet Téléphone portable
Téléphone fixe Panneaux d'affichage Autre, précisez.....
3. À quel moment de la journée écoutes-tu la radio ?
Matin À midi À soir Tout le jour
4. À la Radio, écoutes-tu les émissions qui parlent de la santé ?
Oui Non
5. À quel moment de la journée regardes-tu la télévision ?
Matin À midi À soir Tout le jour

6. À la Télévision, regardes-tu les émissions de santé ?
Oui *Non*
7. À quel moment de la journée vas-tu sur internet ?
Matin *Après-midi* *Soir* *Tout le jour*
8. Lorsque tu es connecté à Internet, consultes-tu les informations qui traitent de la santé ?
Oui *Non*
9. Lis-tu le journal écrit ?
Oui *Non*
10. Si oui, à quelle fréquence ?
Moins souvent *Plus souvent* *Fréquemment*
11. Lis-tu, dans le journal écrit, les informations sur la santé ?
Oui *Non*
12. Reçois-tu des SMS et / ou appels sur ton téléphone qui parle de la santé
Oui *Non*
13. Si oui, dans quelle langue ces messages sont-ils diffusés ?
En Français *Wôbè* *Autre, précisez..*

Je te remercie pour ta bonne collaboration !



QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Sexe :

Masculin Féminin

Âge :

15 - 19 ans 20 - 24 s 25 - 29 ans 30 - ans 35 - 39 ans
40 - 44 ans 45 - 49 s 50 ans et plus

Religion :

Animiste Musulman Chrétien (ne)

Autre religion, précisez.....

État matrimonial :

Célibataire Marié(e) Union Libre Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Niveau d'instruction :

Aucun Primaire Secondaire Supérieur

Activité professionnelle :

Activité domestique Agriculteur (trice) Éleveur (se) Pêcheur
Artisan Commerçant (e) Chauffeur Fonctionnaire
Mécanicien (ne) Travailleur du secteur privé Marabout Sans emploi

A - Savoir, Croyances et Pratiques des populations à l'égard des maladies

I – Savoir des populations sur les maladies

1. Qu'est-ce qu'une maladie ?

C'est ne pas se sentir bien dans sa peau C'est ne pas se sentir bien dans sa tête

C'est ne pas se sentir bien au niveau du physique. Pre, précisez.....

2. Selon toi, comment contracte-t-on les maladies ?

.....
.....

3. Selon toi, combien de catégories de maladies existent-ils ?

1 2 plus de 2

4. Peux-tu les citer ?

Oui Non

5. Cite les maladies qui sont fréquentes dans ta localité ?

.....
.....

6. Ces maladies ont-elles des noms dans ta langue maternelle ?

Oui

Non

Je ne sais pas

7. Si oui, donne les noms de ces maladies dans ta langue maternelle.

.....
.....
.....

II – Croyances des populations

1. Tu crois que la maladie est :

Une punition de Dieu Une punition des génies Une punition du diable

Un mauvais sort Autre, précisez :

2. Comment voyez-vous la maladie ?

.....
.....

3. Comment les prix des prestations de soins à l'hôpital ou dans le centre de santé ?

Moins cher ordable Cher Trop er Je ne sais pas

4. Comment trouves-tu la qualité des soins donnés à l'hôpital ou du centre de santé de la ville ?

.....
.....

III – Pratiques des populations

1. Comment te comportes-tu devant une personne malade ?

Tu lui donnes de l'argent pour ses soins pries pour lui Tu t'éloignes de lui

Autre, précisez.....

2. Lorsque tu es malade, quelle est le sentiment qui t'anime ?

Tu es abattu es triste Tu penses que tu ne guériras pas

Tu crois que tu vas guérir Autre, précisez.....

3. Lorsque tu es malade, où vas-tu pour te soigner ? (Plusieurs réponses possibles)

À l'hôpital chez le marabout Chez le guérisseur Chez le tradi-praticien(ne) À l'église

mosquée Autre, précisez.....

B – Attitudes et comportements des populations

I – Attitudes des populations

1. Dans quelle langue les agents de santé donnent-ils les informations sur les maladies aux populations ?

En Français En Wôbé Autre, précisez.....

2. Après avoir assisté à une campagne de sensibilisation sur le mode de transmission des maladies et leurs conséquences en langue française, quel sentiment t'anime ?

Tu as l'impression de n'avoir rien compris Tu as compris cun sentiment

Autre, précisez.....

II - Attitudes et comportements des populations ayant reçu les informations de santé en langue Yacouba

1. Quel est ton niveau de compréhension de la langue Yacouba ?

Faible Moyen Passable Bon Très bon Elevé

2. Lorsque tu reçois les informations sur les maladies dans la langue Yacouba, cela a-t-il de l'effet sur toi ?

Oui

Non ne sais pas

3. Justifie ta réponse ?

.....
.....

C – Forces, faiblesses et opportunités des langues locales

I – Faiblesses des langues locales

1. Dans ta langue maternelle, toutes les maladies ont-elles des noms ?

Oui

Non ne sais pas

2. Il t'arrive d'avoir honte lorsque tu parles ta langue maternelle ?

Pas du tout Souvent S souvent

3. Si tu as honte, dis pourquoi ?

.....
.....

II – Forces et opportunités des langues locales

1. Quelle est la langue que tu comprends mieux ?

Yacouba

Français

Autre, précisez.....

2. Quelle langue utilises-tu pour communiquer le plus souvent, au quotidien, en famille ou avec les autres ?

Yacouba

Français

Autre, précisez.....

D – Exposition aux médias

1. Quels sont les moyens de communication que tu as chez toi, à la maison ? (Plusieurs réponses possibles)

Radio

Télévision

Internet

Téléphone portable

Téléphone fixe

Autre, précisez.....

2. De quel moyen de communication le plus utilisé par les agents de santé pour vous donner les informations sur les maladies dans la ville ?

Radio

Télévision

Presse (journal)

Internet

Téléphone portable

Téléphone fixe

Panneaux d'affichage

Autre, précisez.....

3. À quel moment de la journée écoutes-tu la radio ?

Matin

Après-midi

Soir

Tout le jour

4. À la Radio, écoutes-tu les émissions qui parlent de la santé

Oui

Non

5. À quel moment de la journée regardes-tu la télévision ?

Matin

Après-midi

Soir

Tout le jour

6. À la Télévision, regardes-tu les émissions de santé ?

Oui

Non

7. À quel moment de la journée vas-tu sur internet ?

Matin

Après-midi

Soir

Tout le jour

8. Lorsque tu es connecté à Internet, consultes-tu les informations qui traitent de la santé ?

Oui Non

9. Lis-tu le journal écrit ?

Oui Non

10. Si oui, à quelle fréquence ?

Moins souvent Plus souvent Fréquemment

11. Lis-tu, dans le journal écrit, les informations sur la santé ?

Oui Non

12. Reçois-tu des SMS et / ou appels sur ton téléphone qui parle de la santé

Oui Non

13. Si oui, dans quelle langue ces messages sont-ils diffusés ?

En Français Yacouba Autre, précis

Je te remercie pour ta bonne collaboration !

GUIDE D'ENTRETIEN (Leaders communautaires)

(Emmener la population, lors de l'entretien, à s'exprimer en langues locales à savoir le Yacouba et le Wôbé)

THÈME I : Savoir sur les problèmes de santé

- Qu'est-ce la maladie ?
- Quelles sont les maladies fréquentes dans la zone ?
- Les causes probables
- Itinéraire thérapeutique choisi en cas de maladie
- Croyances

THÈME II : Perceptions sur les maladies

- Perception des maladies chroniques et aiguës

THÈME III : Prise en charge des maladies

- Réactions vis-à-vis des personnes malades

THÈME IV : Communication

- Par quoi vous communiquez entre vous lors des problèmes de santé ?
 - Comment vous vous transmettez les informations de santé ?
 - Dans quelle langue vous vous transmettez les informations de santé ?
- (Agent de santé → vous et vous → les autres membres du village)

*** TERMINOLOGIE DES MALADIES EN LANGUES WÔBÉ ET YACOUBA**

Comment les problèmes de santé publique sont traduits en langues locales ?

Quels sont les noms des maladies (fréquentes dans le village) dans la langue locale ?

IDENTIFICATION ET LOCALISATION

- Sexe
- Âge
- Profession
- Localisation

GUIDE D'ENTRETIEN (les prestataires de soins)

(Il faut établir d'emblée, le profil linguistique et culturel des professionnels de soins à savoir leurs langues maternelles ; le niveau de maîtrise de ou les langues locales de leur lieu de travail ; etc.)

THÈME I : Accueil

- Quelles sont les maladies récurrentes dans la localité ?
- Comment les malades sont-ils accueillis dans votre hôpital ou centre de santé ?

THÈME II : Consultation

- Comment se déroule la consultation des malades dans votre établissement sanitaire ?
- Comment se déroule la consultation des malades ne s'exprimant qu'en langues locales ?
- Quels sont les moyens que vous utilisez pour être sûr d'avoir bien compris ce que le malade qui s'exprime uniquement en langue locale a dit ?
- Comment vous vous assurez que ce patient-là a compris ou comprend tout ce que vous lui dites dans la langue française ?

THÈME III : Compréhension

- Les patients comprennent-ils le diagnostic énoncé lors de la consultation ?

THÈME IV : Continuité

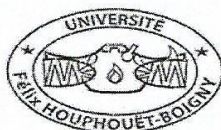
- Les patients que vous avez une fois consulté reviennent-ils vous consultez lorsqu'ils sont malades à nouveau ?

THÈME V : Observance

- Les patients respectent-ils les prescriptions que vous leur donnez ?

IDENTIFICATION ET LOCALISATION

- Sexe
- Âge
- Profession
- Localisation



UFR Information, Communication et Arts



ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur KRA Raymond, Chef du Département des Sciences de l'Information et de la Communication (SIC) à l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan (UFHB).

Atteste que Monsieur **SEY Henri Joël**, inscrit sous le numéro d'étudiant **CI 0106189110**, doctorant en Communication a libellé sa thèse :

« **LANGUES LOCALES ET COMMUNICATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE EN PAYS WÊ ET DAN EN CÔTE D'IVOIRE.** »

La réalisation de ce travail nécessite des investigations de terrain dans votre département.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Abidjan le, 20 juillet 2016



Le Chef de Département

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Kra Raymond'.

Pr. Raymond K. KRA
Maître de Conférences
Université Félix Houphouët - Boigny

UNIVERSITÉ FELIX HOUPHOUET-BOIGNY



UFR : Information, Communication et Arts



ATTESTATION DE RECHERCHE

A la bienveillante attention des autorités administratives, politiques, des personnes morales ou physiques sollicitées.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la préparation de sa Thèse de doctorat en Communication, l'étudiant SEY Henri Joël inscrit au Département de Communication sous le n° CI 0106189110 au titre l'année universitaire 2014-2015 ;

Fait des recherches sur le thème : **«Langues locales et communication pour la santé en pays Wê et Dan en Côte d'Ivoire »**,

Sous la direction de Madame NANGA ADJAFI Angeline, Maître de Conférences à l'Université Félix HOUPHOUET-BOIGNY ;

Nous vous serions très reconnaissant du bon accueil et des informations que notre étudiant pourra recueillir auprès de vous.

Convaincu d'avance de votre collaboration indispensable, soyez assuré de nos sincères remerciements.

Fait à Abidjan, le

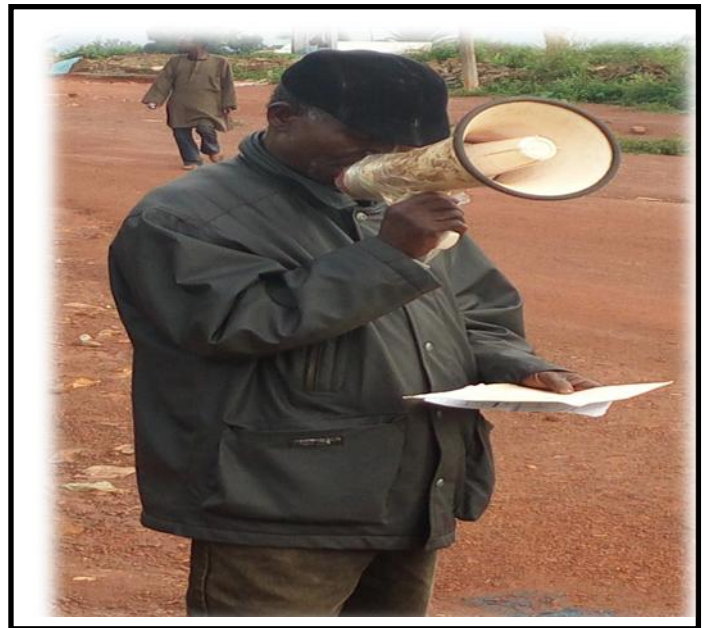
Le Doyen
Le Doyen
Professeur Yahaya DIABI

A circular blue ink stamp from the Université Félix Houphouët-Boigny, UFR Information - Communication et Arts. The stamp contains the text "UNIVERSITE FELIX HOUPHOUET BOIGNY" around the top edge and "UFR Information - Communication et Arts" around the bottom edge. In the center, there is a signature and the name "Le Doyen".



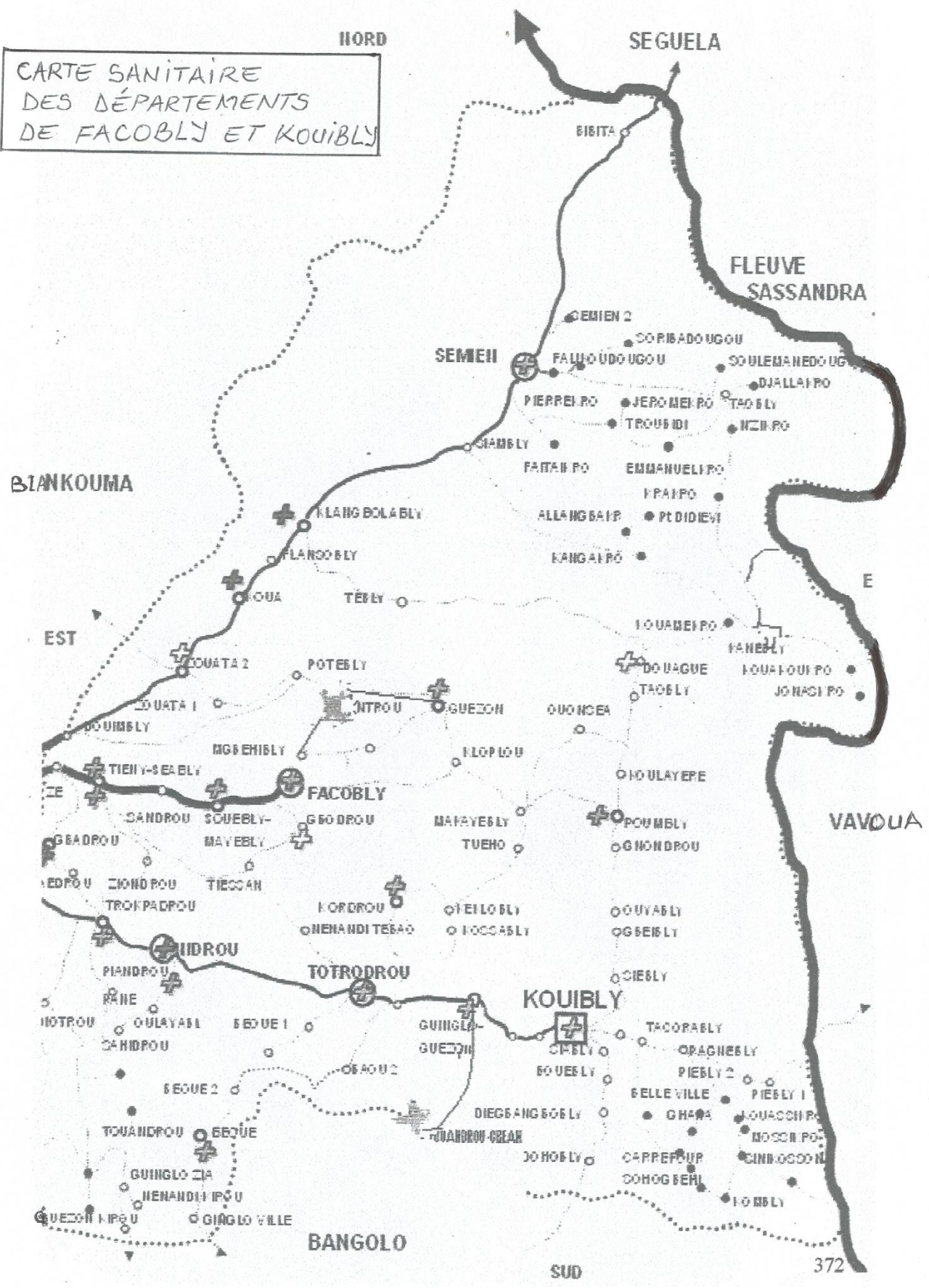








CARTE SANITAIRE
DES DÉPARTEMENTS
DE FACOBLY ET KOUIBLY



SOMMAIRE	2
ÉPIGRAPHE	3
DÉDICACE	4
REMERCIEMENTS	5
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX	9
INTRODUCTION GÉNÉRALE	12
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	42
Chapitre I : FONDEMENTS SOCIO - ANTHROPOLOGIQUES DE LA SANTÉ	43
1.1. REPRÉSENTATIONS POPULAIRES DE LA SANTÉ	43
1.1.1. Analyses socio-anthropologiques de la santé.....	44
1.1.1.1. La tradition empiriste (rationnaliste) ou les représentations de la maladie comme “croyances”.....	44
1.1.1.2. Le courant cognitiviste ou les représentations de la maladie comme “modèles cognitifs”.....	45
1.1.1.3. Le courant interprétatif ou les représentations de la maladie comme “systèmes de sens”.....	47
1.1.1.4. L’anthropologie médicale critique ou les représentations de la maladie comme “mystification”.....	48
1.2. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	49
1.2.1. Les caractéristiques individuelles.....	49
1.2.2. Les milieux de vie.....	50
1.2.3. Les systèmes.....	51
1.2.3.1. <i>Le contexte global</i>	53
1.3. DYNAMIQUE DES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS	54
1.3.1. Stades du processus d’influence.....	54
1.3.2. Facteurs d’influence des comportements.....	56
1.3.2.1. <i>Facteurs affectifs</i>	56
1.3.2.2. <i>Facteurs cognitifs</i>	58
1.3.2.3. <i>Facteurs situationnels</i>	58
1.4. BARRIÈRES À LA MODIFICATION DES COMPORTEMENTS	61
1.4.1. Perception sélective.....	61
1.4.2. Dissonance cognitive.....	61
1.4.3. Résistances personnelles.....	62
Chapitre II : CADRE THÉORIQUE	65
2.1 FONDEMENTS THÉORIQUES DE L’ÉTUDE	65
2.1.1. Les fondements théoriques et historiques de la modification du comportement.....	65
2.1.1.1. <i>Avant la révolution behaviouriste</i>	65
2.1.1.2. <i>Le manifeste de Watson</i>	66
2.1.2. Les conceptions du changement de comportement.....	69
2.1.2.1. <i>La conception rhétorique du changement de comportement</i>	69
2.1.2.1.1. <i>Communication persuasive et changement de comportement</i>	69
2.1.2.1.2. <i>La résistance à la persuasion</i>	70
2.1.2.1.3. <i>La réactance: la résistance individuelle</i>	71
2.1.2.2. <i>La conception technologique du changement de comportement</i>	73
2.1.2.2.1. <i>Dissonance communicationnelle et changement de comportement</i>	73
2.1.2.2.2. <i>Auto perception et changement de comportement</i>	75
2.1.2.2.3. <i>Auto-efficacité et changement de comportement</i>	76
2.1.2.2.4. <i>Engagement et changement de comportement</i>	77

2.1.2.2.5. <i>Soumission librement consentie et changement de comportement</i>	78
2.1.3. <i>Influence sociale et changement de comportement</i>	80
2.1.3.1. <i>L'interaction au cœur du changement</i>	80
2.1.3.2. <i>La déviance</i>	81
2.1.3.3. <i>L'impact social</i>	82
2.1.3.4. <i>Une psycho-socialisation de la résistance au changement</i>	82
2.1.4. <i>Théories et modèles de changement de comportement de santé</i>	83
2.1.4.1. <i>Le modèle transthéorique</i>	83
2.1.4.2. <i>Le modèle en spirale des stades du changement de comportement</i>	85
2.1.4.3. <i>L'approche biopsychosociale</i>	88
2.1.4.4. <i>Théories cognitives sur le comportement de santé</i>	89
2.1.4.5. <i>Théories concernant le contexte des comportements de santé</i>	91
2.1.4.6. <i>Le « Health Belief Model » (HBM)</i>	93
2.1.4.7. <i>La théorie sociale cognitive (TSC)</i>	95
2.1.4.8. <i>Le modèle de motivation de protection</i>	98
2.1.4.9. <i>La théorie de l'action raisonnée (TAR)</i>	100
2.1.4.10. <i>La théorie du comportement planifié (TCP)</i>	101
2.1.5. <i>De l'intention de changer de comportements au changement de comportements</i>	104
2.1.5.1. <i>Le passage de l'intention à l'action</i>	104
2.1.5.1.1. <i>La motivation</i>	104
2.1.5.1.2. <i>La propension à l'action</i>	105
2.1.5.2. <i>Le modèle de passage de l'intention à l'action de Dörner (1986)</i>	106
2.1.5.3. <i>De l'intention d'agir à l'action : les variables intermédiaires</i>	109
2.1.5.3.1. <i>Le contexte</i>	109
2.1.5.3.2. <i>Les émotions et les affects</i>	110
2.1.5.3.3. <i>Le but</i>	113
2.1.5.3.4. <i>La négociation</i>	113
2.1.5.3.5. <i>La situation d'interaction</i>	115
2.1.5.3.6. <i>La force de l'habitude</i>	116
2.1.5.3.7. <i>Les antécédents</i>	117
2.1.5.3.8. <i>Les circonstances</i>	119
2.1.6. <i>Communication engageante</i>	120
2.1.7. <i>La théorie de la personnalisation dans la communication</i>	123
2.1.8. <i>La théorie de la traduction par la simplification</i>	124
2.1.9. <i>L'approche de Nida</i>	126
2.1.10. <i>Le fonctionnalisme</i>	127
2.2. RECHERCHES SOCIALES SUR LA COMMUNICATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE	128
2.2.1. <i>Culture et communication pour la santé publique</i>	128
2.2.2. <i>Représentation et Communication pour la santé publique</i>	136
2.2.3. <i>Éducation et communication pour la santé publique</i>	140
2.2.4. <i>Développement et Communication pour la santé publique</i>	141
2.2.5. <i>La perception de la maladie en Afrique et communication pour la santé publique</i>	142
2.3. DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS DE L'ÉTUDE	143
2.3.1. <i>Langues locales</i>	143
2.3.2. <i>Communication et la santé publique</i>	144
2.3.3. <i>Définition de l'attitude</i>	147
2.3.4. <i>Définition de comportement</i>	149
2.3.5. <i>Définition du changement et du changement de comportement</i>	150
2.3.6. <i>Définition de la résistance et de la résistance au changement</i>	151
2.3.7. <i>Définition de l'intention</i>	151
2.4. CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	152
2.4.1. <i>De l'attitude au comportement</i>	152

2.4.1.1. Historique du concept d'attitude.....	152
2.4.1.2. Les composantes de l'attitude.....	153
2.4.3. Les Composantes des attitudes face aux maladies.....	153
2.4.4. La structure des attitudes.....	156
2.4.4.1. La théorie de l'équilibre.....	156
2.4.4.2. La théorie de la dissonance cognitive.....	157
2.4.4.3. Les modèles de la structure attitudinale.....	158
2.4.4.3.1. Le modèle tripartite classique.....	158
2.4.4.3.2. Le modèle unidimensionnel classique.....	159
2.4.4.3.3. Le modèle tripartite révisé.....	160
2.4.5. La formation des attitudes.....	162
2.4.5.1. Les sources affectives de l'attitude vis-à-vis des maladies.....	162
2.4.5.2. Les sources comportementales de l'attitude vis-à-vis des maladies.....	163
2.4.5.3. Les sources cognitives de l'attitude vis-à-vis des maladies.....	164
2.4.6. Les fonctions des attitudes.....	165
2.4.6.1. La fonction de connaissance.....	166
2.4.6.2. La fonction d'adaptation.....	167
2.4.6.3. La fonction d'expression.....	168
2.4.6.4. La fonction de défense du soi.....	168
2.4.7. Attitude et comportement : symétrie et asymétrie.....	170
2.4.8. Comportement comme action.....	183
2.4.9. De l'intention au comportement.....	184
2.4.9.1. Le changement de comportement sexuel.....	187
2.4.9.2. La résistance au changement de comportement face aux maladies.....	188
Chapitre III : APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES ET OPÉRATOIRES.....	192
3.1. MÉTHODES DE RECHERCHE EN SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (SIC).....	192
3.2. PRÉSENTATION ET JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE RETENUE.....	192
3.3. RAPPEL DE L'OBJET D'ÉTUDE.....	194
3.4. LES HYPOTHÈSES ET LEURS VARIABLES.....	195
3.4.1. L'hypothèse générale et ses variables.....	195
3.4.1.1. L'hypothèse générale.....	195
3.4.1.2. Les variables de l'hypothèse générale.....	195
3.4.2. Les indicateurs des variables.....	196
3.4.2.1. Les indicateurs de la variable indépendante.....	196
3.4.2.2. Les indicateurs de la variable dépendante.....	196
3.5. LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE ET LEURS VARIABLES.....	196
3.6. INSTRUMENTS DE MESURE.....	196
3.6.1. Présentation et justification des types d'instruments retenus.....	198
3.6.1.1. Le questionnaire.....	199
3.6.1.2. La construction du questionnaire.....	200
3.6.1.3. La validité du questionnaire.....	201
3.6.1.4. Le pré-test du questionnaire.....	201
3.6.1.5. L'entretien semi-directif.....	202
3.7. PRÉSENTATION DES SITES DE LA RECHERCHE.....	203
3.7.1. Le département de Kouibly.....	203
3.7.2. Le département de Facobly.....	204
3.7.3. Le département de Danané.....	204
3.8. POPULATION, ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON DE BASE.....	205
3.8.1. La population.....	205
3.8.2. La technique d'échantillonnage : plan d'échantillonnage aléatoire simple.....	206
3.8.3. Détermination de la taille de l'échantillon.....	207
3.8.4. L'enquête définitive et ses difficultés.....	208

3.8.4.1. L'administration du questionnaire.....	208
3.8.4.2. Les difficultés rencontrées pendant l'enquête.....	210
3.9. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES.....	211
3.9.1. Présentation du logiciel de traitement statistique retenu : SPSS.....	211
3.9.2. Techniques d'analyse des données.....	213
3.9.2.1. L'analyse descriptive.....	213
3.9.2.2. L'analyse de contenu : le contenu sémantique des catégories.....	213

DEUXIÈME PARTIE : SYSTÈMES DE COMMUNICATION, PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET CONFRONTATION DES RÉSULTATS.215

Chapitre IV : SYSTÈMES DE COMMUNICATION EN PAYS WÊ (WÔBÉ) ET YACOUBA (DAN).....

(DAN).....	216
4.1. SYSTÈMES DE COMMUNICATION EN PAYS WÊ (WÔBÉ).....	216
4.1.1. Le chef de groupe.....	216
4.1.2. Le chef de famille.....	216
4.1.3. Le griot.....	217
4.2. SYSTÈMES DE COMMUNICATION EN YACOUBA (DAN).....	218
4.2.1. Le chef de famille.....	218
4.2.2. Le crieur public.....	218
4.2.3. Le tambour.....	219

Chapitre V : PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES.....

5.1. PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES PAR QUESTIONNAIRE DANS LES DÉPARTEMENTS DE DANANÉ, FACOBLY ET KOUIBLY.....

5.1.1. Le département de Danané.....	220
5.1.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	220
• Sexe.....	220
• Âge.....	221
• Religion.....	222
• État matrimonial.....	223
• Niveau d'instruction.....	224
• Activité professionnelle.....	225
5.1.1.2. Savoirs, croyances et pratiques des populations à l'égard des maladies.....	226
• Savoirs des populations sur les maladies.....	226
• Croyances des populations.....	230
• Pratiques des populations.....	234
5.1.1.3. Attitudes et comportements des populations.....	237
• Attitudes des populations.....	234
• Comportements des populations ayant reçu les informations de santé en langue Dan (Yacouba).....	239
5.1.1.4. Forces, faiblesses et opportunités de la langue Dan (Yacouba).....	241
• Faiblesses de la langue Dan (Yacouba).....	241
• Forces et opportunités de la langue Dan (Yacouba).....	243
5.1.1.5. Exposition aux médias.....	245
• Moyens de communication dont disposent les populations du département de Danané.....	254
• Moyens de communication les plus utilisés par les prestataires de soins pour donner les informations sur les maladies dans la ville de Danané et les villages environnants.....	246
• Moment où les populations de Danané écoutent la radio.....	248
• À la radio, écoutes-tu les émissions qui parlent de santé ?.....	249
• À quel moment de la journée, regardes-tu la télévision ?.....	250
• À la télévision, regardes-tu les émissions de santé ?.....	251
• Réception des SMS et / ou appels des maisons de téléphonie.....	252

5.1.2. Les départements de Facobly et Kouibly.....	253
5.1.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	253
• <i>Sexe</i>	253
• <i>Âge</i>	254
• <i>Religion</i>	255
• <i>État matrimonial</i>	256
• <i>Niveau d'instruction</i>	257
• <i>Activité professionnelle</i>	258
5.1.2.2. Savoirs, croyances et pratiques des populations à l'égard des maladies.....	259
• <i>Savoirs des populations sur les maladies</i>	259
• <i>Croyances des populations</i>	265
• <i>Pratiques des populations</i>	271
5.1.2.3. Attitudes et comportements des populations.....	275
• <i>Attitudes des populations</i>	275
• <i>Comportements des populations ayant reçu les informations de santé en langue Wê (Wôbé)</i>	277
5.1.2.4. Forces, faiblesses et opportunités de la langue Wê (Wôbé).....	280
• <i>Faiblesses de la langue Wê (Wôbé)</i>	280
• <i>Forces et opportunités de la langue Wê (Wôbé)</i>	283
5.1.2.5. Exposition aux médias.....	285
• <i>Moyens de communication dont disposent les populations des départements de Facobly et Kouibly</i>	285
• <i>Moyens de communication les plus utilisés par les prestataires de soins pour donner les informations sur les maladies dans les villes de Facobly, Kouibly et les villages environnants</i>	286
• <i>À quel moment de la journée écoutes-tu la radio ?</i>	287
• <i>À quel moment de la journée, regardes-tu la télévision ?</i>	288
• <i>À la télévision tout comme à la radio, écoutes-tu et / ou regardes-tu les émissions de santé ?</i>	289
• <i>Lis-tu la presse écrite ?</i>	290
• <i>Réçois-tu des SMS et / ou appels sur ton téléphone portable qui parlent de santé ?</i>	291
5.2. PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIS AU COURS D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS DANS LES DÉPARTEMENTS DE FACOBLY, KOUIBLY ET DANANÉ	292
5.2.1. Entretien avec les leaders communautaires, les hommes, les femmes et les jeunes de Facobly et Kouibly.....	292
• <i>Thème I : Savoirs sur les problèmes de santé</i>	292
• <i>Thème II : Perceptions des maladies</i>	295
• <i>Thème III : Prise en charge des malades</i>	296
• <i>Thème IV : Communication</i>	298
• <i>Thème V : Terminologie des maladies en langue Wê (Wôbé)</i>	300
5.2.2. Entretien avec les leaders communautaires, les hommes, les femmes et les jeunes de Danané.....	302
• <i>Thème I : Savoirs sur les problèmes de santé</i>	302
• <i>Thème II : Perceptions des maladies</i>	305
• <i>Thème III : Prise en charge des malades</i>	306
• <i>Thème IV : Prix et qualité des soins à l'hôpital général et le dispensaire urbain de Danané</i>	307
• <i>Thème V : Communication</i>	308
• <i>Thème VI : Terminologie des maladies en langue Dan (Yacouba)</i>	309

5.2.3. Entretiens avec les infirmiers et sages-femmes diplômés d'état des centres de santé urbains de Facobly, Poubly, du dispensaire rural de Souebly-Maebly et du dispensaire urbain de Danané.....	311
• Thème I : Accueil.....	312
• Thème II : Consultation.....	313
• Thème III : Communication – Compréhension.....	315
• Thème IV : Continuité.....	318
• Thème V : Observance.....	319
5.3. PRÉSENTATION DES TERMINOLOGIES DES MALADIES RECURRENTES EN LANGUES WE (WÔBÉ) ET DAN (YACOUBA).....	321
5.3.1. Terminologies des maladies récurrentes en langue Wê (Wôbé).....	321
5.3.2. Terminologies des maladies récurrentes en langue Dan (Yacouba).....	322
5.4. CONFRONTATION DES RÉSULTATS DES ZONES DE L'ÉTUDE : LES DÉPARTEMENTS DE FACOBLY, KOUIBLY ET DANANÉ.....	323
5.4.1. Savoirs, croyances et pratiques des populations Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé).....	323
5.4.2. Attitudes et comportements des populations Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé).....	326
5.4.3. Forces, faiblesses et opportunités des langues Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé).....	328
5.4.4. Exposition aux médias en pays Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé).....	328
Chapitre VI : ANALYSE, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	330
6.1. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	330
6.1.1. Communication et Langues locales.....	330
6.1.2. Croyances, us et coutumes et communication pour la santé.....	331
6.1.3. Communication pour la santé et accessibilité des informations.....	333
6.1.4. Validation des hypothèses opérationnelles de l'étude.....	334
6.1.4.1. HR 1 : Communication pour la santé et langues locales.....	334
6.1.4.2. HR 2 : Communication pour la santé et croyances, us et coutumes.....	334
6.1.4.3. HR 3 : Communication pour la santé et mise à disposition ou accessibilité des informations.....	335
6.2. DISCUSSION.....	336
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	339
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	345
ANNEXES.....	366
• Questionnaires de recherche.....	367
• Guide d'entretien (leaders communautaires).....	375
• Guide d'entretien (les prestataires de soins).....	376
• Attestations de recherche.....	377
• Quelques images des entretiens avec les populations des localités de Danané village, Gningleu et Bèlègleu (département de Danané).....	379
• Quelques images des entretiens avec les populations des localités de Facobly village, Souebly-Maebly (département de Facobly) et Poubly, Koulayéré et Bahibly (département de Kouibly).....	381
• Carte sanitaire des départements de Facobly et Kouibly.....	385
TABLE DES MATIÈRES.....	386

