

VIH-MODELE

Tentative de modélisation de la motivation à se protéger du VIH

Geneviève Paicheler

sociologue CERMES (Paris)

Etude de la motivation à se protéger contre le sida
Lanfranchi
J.B., Touzard
H.
Les Cahiers
Internationaux
de Psychologie
Sociale, 2000,
47-48, 110-130

La proposition de modèle intégrateur de la motivation à se protéger du sida présentée dans les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale achoppe sur son excessive complexité. La question du décalage entre connaissances et pratiques, qui est au cSur de cet article, doit s'intégrer dans une vision des processus extérieure aux personnes et, ainsi, faire l'économie de la compréhension des logiques individuelles.

Nous sommes à une période où il est beaucoup question de relâchement des conduites de prévention, sans que les données actuellement disponibles concernant la population générale apportent la démonstration d'une recrudescence des prises de risque. Néanmoins, après environ deux décennies de présence de la maladie, la lutte contre celle-ci a perdu son caractère d'urgence. Le sida a tendance à se chroniciser et l'implication du public s'affaiblit. Même si la maladie est mieux prise en charge et traitée, la question de sa prévention demeure très importante. Sur cette question, de nombreuses recherches ont été développées, notamment depuis la création de l'ANRS en 1989 : grandes enquêtes quantitatives, enquêtes répétées sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements et études

qualitatives. Elles ont fourni un ensemble de données cohérentes sur lesquelles se sont appuyées les démarches de prévention mises en œuvre par les pouvoirs publics, notamment depuis 1994.

L'ensemble de ces recherches est traversé par une question récurrente, qui se trouve aussi au centre de l'article de Jean-Baptiste Lanfranchi et Hubert Touzard, celle du décalage entre connaissances et pratiques. De fait, les enquêtes explorant les connaissances montrent un savoir satisfaisant sur les modes de transmission de la maladie - si l'on ne tient pas compte de connaissances erronées coexistant avec des connaissances exactes, qui peuvent parasiter le système même de connaissances - alors que les conduites - l'utilisation du préservatif - sont jugées par certains acteurs de la prévention comme en retrait par rapport à leur définition de "besoins" dans ce domaine.

Nous nous plaçons bien là dans une perspective où les conduites censées être les meilleures pour les personnes sont définies en dehors d'elles, par des experts qui font montre d'une tendance constante à jeter le blâme sur elles. Ces experts participent d'une approche objectiviste et/ou individualiste qui considère les conduites de prévention comme des prises de décision individuelles, conséquences d'un certain nombre de variables et de critères, à laquelle s'oppose une approche plus phénoménologique, qui vise à comprendre de l'intérieur quelles sont les logiques qui guident les conduites de prévention, dans leur diversité, voire leur absence d'orthodoxie, approche qualifiée par Lanfranchi et Touzard de relationnelle et constructiviste, dans laquelle j'ai inscrit mes recherches¹.

L'ambition des auteurs est de créer un modèle intégrateur permettant une articulation entre l'analyse individuelle et relationnelle, modèle qui donne une place déterminante à deux facteurs situés essentiellement à un niveau cognitif : la motivation à se protéger contre le sida et l'intention d'utiliser des préservatifs. Le modèle proposé est complexe et comprend quatre sections. La première section (contexte relationnel et conduites de lutte contre le sida) intègre des informations sur la situation affectivo-sexuelle - notamment le nombre de partenaires sexuels, la vie en couple stable ou non - et sur l'engagement dans la lutte contre le sida. Ce facteur réunit des engagements concrétisés dans la vie même des personnes - fréquence d'usage des préservatifs ou du test de dépistage - et des engagements sociaux - dons, participation à des manifestations, proximité de personnes atteintes.

La deuxième section du modèle reprend des éléments présents dans différents modèles théoriques individualistes. Son objectif est l'évaluation de la menace à travers l'attribution de gravité au risque, la possibilité personnelle de lutter efficacement contre la

menace (par exemple, capacité à mettre ou à proposer des préservatifs) et les normes de protection véhiculées dans les groupes auxquels les personnes se réfèrent. Cette deuxième section comprend aussi des éléments relatifs à la représentation de l'amour.

La troisième section du modèle intègre les intentions de comportement relatives à l'usage du préservatif, au recours au test de dépistage et à des stratégies alternatives au recours au préservatif.

Ces trois premières sections du modèle sont seules opérationnalisées dans un premier temps par la passation d'une série de questionnaires et d'échelles, déjà utilisées pour la plupart dans des investigations précédentes. La quatrième section - l'usage effectif du préservatif - est opérationnalisée par la passation d'un questionnaire, cinq mois après la première investigation, envoyé aux personnes volontaires pour participer à cette deuxième phase. Au total, 180 personnes sur les 500 ayant rempli le premier questionnaire ont effectivement répondu au second. Les deux investigations ont eu lieu en 1996.

Une analyse en composantes principales permet de dégager des facteurs synthétiques pour la deuxième section du modèle où conduites et représentations à l'égard du préservatif occupent une place prépondérante. Les facteurs relatifs aux représentations de l'amour semblent avoir moins de poids, à l'exception de l'importance accordée à la fidélité dans l'amour. Sans surprise, les facteurs liés aux intentions concernent les intentions d'utiliser des préservatifs ou des stratégies alternatives à l'usage de cet objet. Quant à la situation affectivo-sexuelle, elle apparaît comme descripteur et ne donne pas lieu à une reconstruction des variables en fonction du poids des facteurs dégagés.

Comme cela a été mis en évidence auparavant autant dans les recherches qualitatives que quantitatives, deux systèmes opposés de conduites émergent. L'un est le fait de personnes qui ne vivent pas en couple stable, qui ont tendance à multiplier ou changer de partenaires, qui ne croient pas à l'exclusivité de l'amour. Ces personnes utilisent le préservatif et trouvent peu d'inconvénients à cet objet. Elles se sentent soutenues par leur entourage dans cette démarche. A l'autre pôle se situent les personnes qui vivent en couple stable et pensent être à l'abri de la contamination du fait de leur fidélité et de celle qu'elles attribuent à leur partenaire.

En considérant l'ensemble du modèle, dans ses quatre sections, conçues véritablement de façon chronologique avec des relations d'implication unidirectionnelles, les auteurs parviennent à la conclusion que, contrairement à leur hypothèse de départ, les intentions de protection ne sont pas les seuls prédicteurs des comportements futurs. En effet, l'habitude, donc le fait de s'être déjà engagé dans un type d'action joue aussi, comme on pouvait

s'y attendre, un rôle important. Par ailleurs, comme le dit si bien le proverbe "il y a loin de la coupe aux lèvres", cette distance entre intentions et réalisation de comportement est sans doute fonction de la situation concrète dans laquelle se déroulent les interactions entre les partenaires.

Cet article soulève une série de questions qui ne pourront toutes être traitées dans la cadre de ce compte-rendu. Le modèle se veut prédictif à tel point qu'il néglige, dans la première phase de passation des questionnaires, d'interroger les personnes sur leur utilisation antérieure des préservatifs. Dans la deuxième phase, centré sur l'utilisation des préservatifs entre la première et la deuxième phase, il ne se donne pas non plus les moyens de savoir si les personnes ont changé d'opinion, de normes, d'intentions, de situation. De plus, il serait utile de savoir dans quelle mesure la passation d'un questionnaire long et détaillé sur divers aspects du sida et des préservatifs influence les comportements de prévention ultérieurs.

Les conseils de prévention sur lesquels se clôt cet article sont très élémentaires. La perspective des auteurs, ambitieuse, est de proposer un modèle intégrateur. Mais ce modèle intègre tellement de variables qu'il en devient trop complexe pour remplir la fonction d'un modèle, c'est-à-dire une description schématisée des processus. Entre la complexité d'une description fine des processus psycho-sociaux et l'économie d'une description modélisée, les auteurs n'ont su choisir.

La question du décalage entre connaissances et pratiques s'intègre dans une vision des processus extérieure aux personnes et fait l'économie de la compréhension des logiques qui amènent les personnes à adopter des conduites parfois critiquables du point de vue des "experts" de la prévention².

1 - Paicheler G

" Understanding risk management : towards an integration of individual, interactive and social levels "

In Moatti JP, Souteyrand Y, Prieur A, Sandfort T & Aggleton P
AIDS in Europe : New challenges for the social sciences
London and New York : Routledge, 2000, 247-259.

2 - Douglas M

Risk and blame : Essays in cultural theories
London and New York, Routledge, 1992