

# **L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs\***

Gaston Godin\*\*

**Résumé.** L'étude des facteurs psychosociaux qui déterminent les comportements liés à la santé est essentielle au choix de la méthode d'intervention et à la définition du contenu des programmes. De plus, l'information concernant ces facteurs représente la base guidant le développement d'un programme d'éducation à la santé selon une approche de marketing social ou une stratégie de communication. Le texte présente une revue des différentes théories utiles pour identifier les déterminants psychosociaux du comportement. Ces théories seront étudiées selon les aspects suivants : explication de la théorie ; les domaines d'application ; les implications pratiques.

Trop souvent par le passé plusieurs initiatives visant la modification des comportements des individus n'ont pas obtenu les résultats escomptés (Green, 1980). Cette accumulation d'échecs a conduit plusieurs intervenants dans le secteur de la santé à conclure que l'amélioration de la santé communautaire ne passait pas par la modification des comportements des individus, et que le fait de persister à vouloir convaincre les individus de modifier leurs comportements faisait de ceux-ci des victimes « non responsables » de leur situation (Labonté et Penfold, 1981). Toutefois, comme nous l'avons noté à quelques reprises (Godin, 1989 ; Godin et Shephard,

---

\* Cet article a été réalisé avec l'appui financier du ministère de la Santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, Canada.

\*\* Gaston Godin, Ph. D., professeur titulaire, École des sciences infirmières, université Laval, Québec, Canada G1K 7P4.

1983), des stratégies d'intervention ont été développées sans qu'aient été identifiés les facteurs psycho-sociaux qui déterminaient l'adoption ou non du comportement dans la population visée. Ainsi, on peut supposer que le choix de la méthode d'intervention ou le contenu du programme pouvaient s'avérer inappropriés.

La compréhension des facteurs qui déterminent un comportement est nécessaire au choix de la méthode d'intervention. En effet, ce n'est pas parce que l'on désire modifier un comportement qu'il faut opter pour une approche éducative ; erreur qui a souvent été commise par le passé. Il y a des circonstances où des méthodes d'intervention telles l'organisation communautaire, la réglementation et la présence d'un réseau de soutien social auront plus d'influence sur l'adoption d'un comportement que celle que pourrait avoir un programme d'éducation basé sur une diffusion de l'information. A titre d'exemple, dans le domaine de la prévention des accidents de la route, la réglementation et l'organisation communautaire (réseau de soutien social) ont plus d'influence sur la diminution du nombre de conducteurs en état d'ébriété que les programmes d'éducation qui ne tiennent pas compte des normes culturelles qui régissent l'usage de l'alcool lors des festivités.

Il demeure toutefois des situations où l'intervention éducative est légitime. Il faut alors porter une attention spéciale au contenu du message éducatif qui sera véhiculé. Pour ce faire, il est nécessaire de connaître les facteurs psychosociaux qui déterminent la décision des individus d'agir ou de ne pas agir dans une direction donnée. Encore une fois, les expériences passées nous démontrent qu'il y a eu des lacunes à cet égard car la majorité des interventions éducatives, basées sur la diffusion de connaissances par divers modes de communication ont véhiculé un message éducatif dans lequel le comportement a été abordé sous l'angle de ses seuls liens avec la santé ou, plutôt, la maladie. Malheureusement, cette approche est limitée car dans cette perspective les réalités sociales dans lesquelles les comportements sont réalisés sont mises de côté. Non seulement il n'est pas suffisant d'informer les gens des risques et des dangers qu'ils encourent pour modifier les comportements liés à la santé, mais ce type de message peut même s'avérer inefficace lorsque des motifs autres que ceux associés à la santé exercent une plus forte influence. A titre d'exemple, on peut noter que certaines personnes se lancent dans un programme d'amaigrissement pour d'autres raisons que celles reliées à la santé.

En somme, il apparaît que pour modifier les comportements il faut faire un choix judicieux des méthodes d'intervention et définir de façon appropriée le contenu des messages éducatifs lorsqu'une

intervention éducative est jugée opportune. Afin d'obtenir l'information nécessaire à la réalisation de ces deux étapes, un certain nombre de théories ont été élaborées pour identifier les facteurs psychosociaux qui influencent les comportements des individus et pour expliquer ces mêmes comportements. La lumière qu'elles jettent sur le phénomène devrait permettre un choix plus éclairé quant à la méthode d'intervention et au contenu du message éducatif qui s'imposent, et entraîner ainsi les modifications de comportements souhaitées.

Ces théories sont issues du domaine de la psychosociologie et, à l'exception du modèle des croyances relatives à la santé (*health belief model*), elles n'ont pas été développées spécialement pour expliquer les comportements liés à la santé. Elles ont plutôt abordé le comportement des individus dans une perspective sociale, c'est-à-dire en considérant l'interaction de l'individu avec son environnement social. Dans cette perspective, le comportement lié à la santé est vu comme un comportement social au même titre que tout autre comportement et, selon ces théories, il n'y a pas de différences dans les processus qui expliquent pourquoi les individus vont ou ne vont pas au cinéma, pourquoi ils votent pour tel parti politique plutôt que pour tel autre, ou encore pourquoi ils font de l'activité physique régulièrement ou demeurent sédentaires.

Le texte qui suit présente un survol des principales théories qui expliquent pourquoi les individus adoptent ou non un comportement donné. En fait, connaître les facteurs qui influencent les décisions des individus concernant leur santé se pose comme un préalable au choix de la méthode d'intervention et à la définition du contenu des messages éducatifs, lorsqu'une intervention est jugée opportune.

### **Le modèle des croyances relatives à la santé (*health belief model*)**

#### *Définition*

Le modèle des croyances relatives à la santé (*HBM*) a fait son apparition vers 1950 (Rosenstock, 1974). À l'origine, il a été formulé afin d'expliquer pourquoi les gens acceptaient ou n'acceptaient pas de passer un test de dépistage des maladies asymptomatiques (par ex. cancer du poumon). Par la suite, le modèle a été utilisé pour comprendre les comportements associés à la prévention des maladies (par ex. vaccination) et à l'observance des prescriptions médicales. Les applications concernant l'étude des comportements liés à

la santé (par ex. les habitudes de vie) sont plus récentes (Becker, 1977).

Le HBM pose comme *prémisse* qu'un individu est susceptible de poser des gestes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension d'importance dans sa vie. Les déterminants de la décision d'agir sont : 1) la perception d'une menace pour la santé ; 2) la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace (Becker, 1974 ; Janz et Becker, 1984) (*figure 1*).

La perception d'une menace pour la santé est définie par deux croyances spécifiques : l'individu peut d'une part se considérer comme potentiellement vulnérable à une maladie ou à une condition défavorable pertinente ; il peut d'autre part percevoir l'apparition éventuelle d'un état désagréable comme dangereux et pouvant avoir des conséquences sévères sur certains aspects de sa vie. La croyance en l'efficacité de l'action devant la menace provient de l'évaluation des avantages et des désavantages associés à l'adoption des actions préventives recommandées. De plus, certaines variables (démographiques, socio-psychologiques) influencent les perceptions de l'individu et certains événements incitant à l'action peuvent éveiller chez lui la perception d'une menace pour sa santé.

Ainsi, selon le *HBM*, un individu devrait prendre la décision de faire de l'exercice physique sur une base régulière s'il réalise que la sédentarité représente une menace pour sa santé (par ex. maladie coronarienne), et s'il évalue que la pratique régulière de l'activité physique permettrait de diminuer les risques de développer une maladie coronarienne. La perception d'une menace pour sa santé (ex. maladie coronarienne) pourrait être le résultat de la croyance en sa vulnérabilité à la maladie coronarienne, de la croyance en la sévérité des conséquences qu'aurait une maladie coronarienne sur ses conditions de vie et/ou de la survenue d'événements qui éveilleraient cette perception de la menace (un ami sédentaire, par exemple, qui viendrait de faire un infarctus du myocarde). De plus, la conviction que la pratique régulière de l'activité physique permettrait de diminuer le risque se base sur l'évaluation des avantages et des coûts qui y sont associés.

### *Domaines d'application*

Le modèle des croyances relatives à la santé a été appliqué à l'étude d'une multitude de comportements qui peuvent être regroupés selon trois catégories : 1) l'observance par les malades des

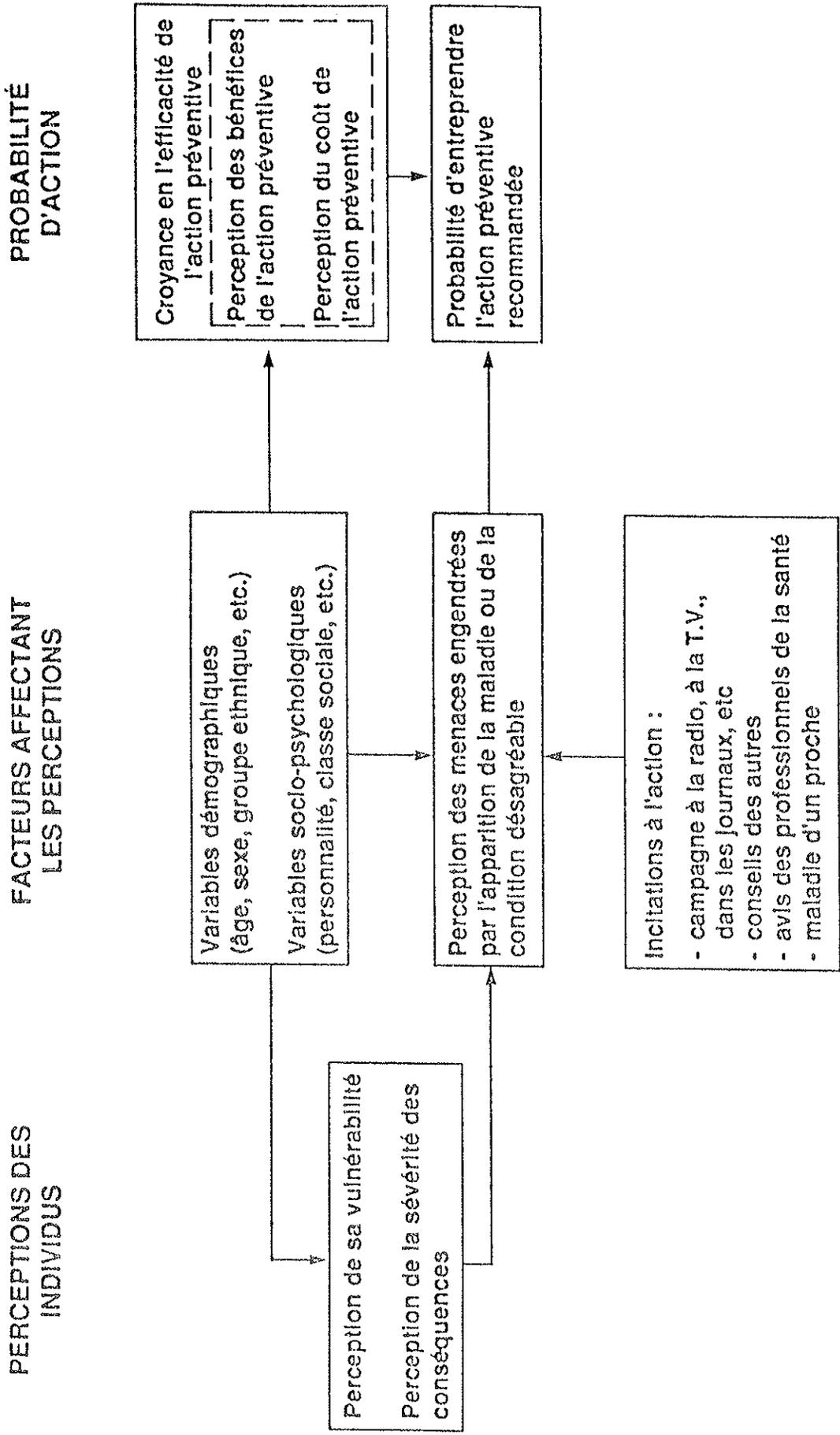


Figure 1  
Adaptation du modèle des croyances relatives à la santé (d'après Becker et al., 1977).

régimes thérapeutiques prescrits ; 2) le recours à des services médicaux ; 3) l'adoption volontaire d'un comportement sain [consulter les ouvrages de Norman (1985) pour en savoir davantage sur le sujet]. Sans entrer dans le détail des études publiées, il ressort que le modèle est plus approprié pour l'étude des deux premiers types de comportements, alors que l'étude des comportements sains se prête mal aux hypothèses qu'il soutient.

La limitation majeure du modèle est qu'il conçoit les actions préventives des individus sous l'angle exclusif des croyances liées à la santé ou à la maladie, sans considérer les autres motifs associés aux comportements. Ainsi, même si des personnes d'un certain âge, ou qui ont déjà fait un infarctus du myocarde, font de l'exercice physique sur une base régulière afin de diminuer leur risque à la maladie coronarienne ou d'avoir à faire face à un second infarctus du myocarde, il existe d'autres individus qui ont adopté le même comportement pour d'autres motifs. Certains individus ont une activité physique régulièrement afin d'améliorer leur apparence physique ou encore pour rencontrer d'autres personnes. De plus, selon les prémisses du modèle, il faudrait conclure que les plus jeunes (par ex. les adolescents) sont actifs afin de diminuer les risques qu'entraîne la sédentarité. Cela est peu plausible et permet de supposer que le modèle des croyances reliées à la santé est limité car il ne peut s'appliquer dans toutes les situations.

### *Implications pratiques*

Plus approprié pour expliquer la prise de décision concernant les actions préventives, ce modèle permet d'identifier et de clarifier les perceptions des individus ciblés face aux risques possibles et aux solutions envisagées. Selon les résultats obtenus, il pourra être nécessaire d'insister davantage sur certains points en donnant par exemple de l'information qui permettra à l'individu de percevoir divers aspects du problème.

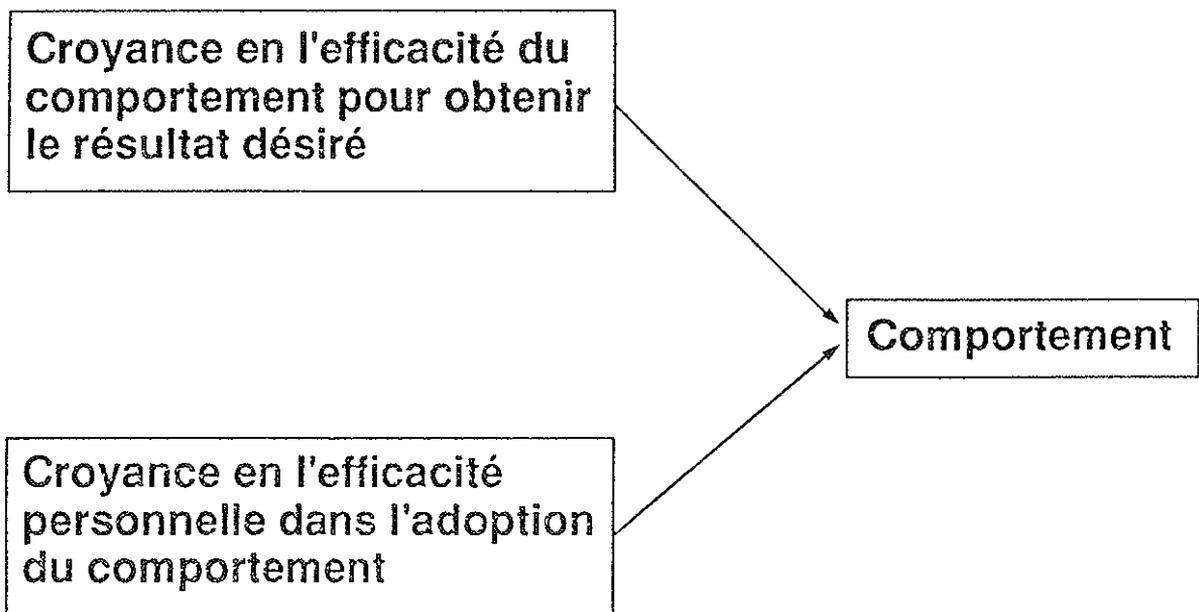
Ainsi, selon le modèle, il est pertinent de donner de l'information qui permettra à l'individu de savoir si son cas présente des risques (ex. information sur l'ampleur des maladies cardio-vasculaires chez les individus du même âge), de réaliser que le problème est sérieux (ex. information concernant les effets négatifs des maladies cardio-vasculaires sur la santé et la qualité de la vie sociale, familiale et économique), et de savoir qu'il peut agir efficacement pour contrer le problème (ex. identification des actions individuelles possibles : exercice physique, contrôle de l'hypertension, ne pas faire usage de la cigarette, et considération d'une implication dans

des actions collectives : pression pour l'obtention d'un service d'activités physiques dans un milieu de travail, adoption d'une loi régissant les espaces sans fumée).

## La théorie sociale cognitive

### *Définition*

Reconnaissant l'influence de l'environnement social et des apprentissages réalisés par les individus sur les comportements sociaux, Bandura-(1977a, 1977b) a proposé une théorie qu'il a récemment nommée la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986). Selon cette théorie, les différences individuelles, dans la façon d'accomplir une action ou d'emprunter un comportement significatif s'expliquent, en grande partie, par deux croyances : (a) la croyance en l'efficacité du comportement ; et (b) la croyance en l'efficacité personnelle. Selon Bandura (1977b), la première croyance consiste à vérifier le degré de conviction d'une personne face à l'adoption d'un comportement donné (celui-ci provoquera-t-il les résultats escomptés ?) alors que la seconde tente plutôt de vérifier jusqu'à



**Figure 2**

*Illustration des éléments associés au comportement selon la théorie sociale cognitive (d'après Bandura, 1977b).*

quel point la personne est convaincue de réussir à adopter le comportement requis pour obtenir les résultats escomptés (*figure 2*).

On peut par exemple comprendre que certaines personnes fassent de l'exercice physique régulièrement si elles croient que ce comportement leur permettra d'obtenir les résultats souhaités (ex. prévenir la maladie coronarienne, améliorer leur apparence physique, rencontrer des amis, etc.), et si elles croient être capables d'adopter ce comportement, c'est-à-dire de faire de l'exercice sur une base régulière.

### *Domaines d'application*

Dans la littérature scientifique, il semble de plus en plus évident que ces croyances sont associées à l'adoption d'une variété de comportements significatifs, dont certains liés à la santé (Diclemente, 1986 ; Strecher, 1986). C'est toutefois la croyance en l'efficacité personnelle face aux tâches à réaliser qui a retenu l'attention des chercheurs. A titre d'exemple, Diclemente (1981) rapportait que les gens animés d'une forte croyance en leur efficacité personnelle au début d'un programme pour cesser de fumer réussissaient dans une grande proportion à éliminer la cigarette de façon définitive. Dans le cadre de la théorie sociale cognitive, ces résultats s'expliquent par le fait que la croyance en l'efficacité personnelle détermine la somme des efforts que la personne est décidée à fournir pour maintenir un comportement, malgré les difficultés qu'elle rencontrera inévitablement. A cet effet, plusieurs études montrent que, confrontés à une tâche difficile, les gens très confiants en leur efficacité personnelle persévèrent davantage que ceux qui le sont moins (Weinberg, 1979). En somme, il apparaît de plus en plus évident que la force de cette croyance en l'efficacité personnelle au moment où un comportement social ou lié à la santé est emprunté, constitue un bon indice du taux de persévérance (Desharnais, Bouillon et Godin, 1986).

L'accumulation des résultats positifs obtenus dans la prédiction des comportements à partir de la mesure de la croyance en l'efficacité personnelle, a conduit les auteurs d'autres théories à incorporer ce concept dans leur modèle (Strecher, 1986). Il en est ainsi du modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock, Strecher et Becker, 1988), de la théorie de la motivation à l'autoprotection (Maddux et Rogers, 1983 ; Stanley et Maddux, 1986), et de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, sous presse).

### *Implications pratiques*

La théorie sociale cognitive nous suggère, dans le domaine de l'intervention, d'obtenir au préalable le maximum d'informations concernant les perceptions des individus visés par rapport à leur compétence personnelle devant l'adoption d'un comportement préventif, et d'ajuster l'intervention en conséquence. Par exemple, un individu qui doute de son aptitude à adopter un programme d'exercice physique ou à pratiquer une activité physique en particulier, sera peu enclin à faire de l'exercice régulièrement. Il deviendra alors important d'aider cet individu à acquérir graduellement ce comportement, c'est-à-dire en respectant certaines étapes, et à accumuler ainsi des réussites (selon un degré de difficulté croissant) qui le mèneront à l'adoption définitive du nouveau comportement.

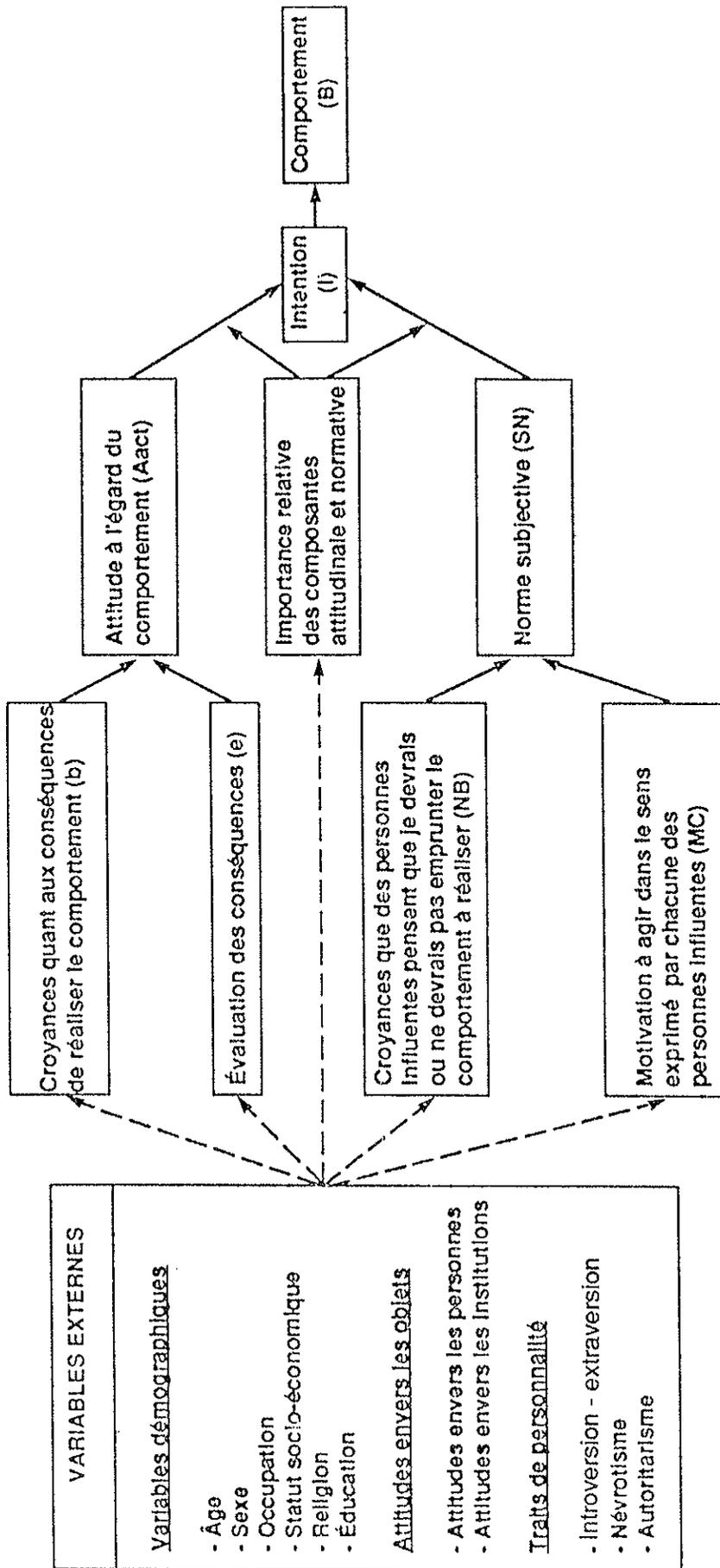
## **La théorie de l'action raisonnée**

### *Définition*

Le but ultime de la théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980 ; Fishbein et Ajzen, 1975) est de prédire et, par le fait même, de comprendre les comportements sociaux. La prédiction doit se faire par rapport à un comportement spécifique et volitif et dans une situation bien définie. Le déterminant immédiat d'un acte comportemental est l'intention de la personne de poser ou de ne pas poser l'action donnée.

Ainsi, selon la théorie de l'action raisonnée, l'intention d'une personne d'adopter ou de ne pas adopter un comportement est déterminée par son attitude à l'égard du comportement (*Act-composante attitude*), et l'importance qu'elle accorde à l'opinion des gens qui lui sont proches (ex. conjoint ; ceux-ci croient-ils qu'elle devrait ou ne devrait pas adopter le comportement en question) (*SN-composante normative*) (*figure 3*).

En présence de certains comportements, c'est la composante attitude qui détermine les intentions, tandis que pour d'autres comportements, la composante normative est celle qui possède la plus forte influence. Ainsi, l'intention d'utiliser régulièrement ou non de la soie dentaire peut relever de son attitude envers le comportement (percevoir comme agréable ou désagréable l'utilisation de la soie dentaire). Par contre, l'intention de fumer une première cigarette pour un jeune peut être déterminée par la norme subjective, prépondérante dans le groupe auquel il s'identifie (par ex. : la pression des amis).



**Figure 3**  
*Illustration schématique du modèle de Fishbein et Ajzen qui découle de la théorie de l'action raisonnée (d'après Fishbein et Ajzen, 1975).*

L'attitude d'une personne à l'égard du comportement, *Aact*, est déterminée par ses croyances concernant les conséquences d'un comportement donné et par l'évaluation qu'elle fait de ces conséquences (il s'agit en fait du jugement subjectif par rapport à un comportement et à ses conséquences ou résultats possibles, multiplié par l'évaluation que fait la personne de ces conséquences). D'une façon plus concrète, on peut dire que les individus associent des conséquences aux actions qu'ils posent (croyances) et qu'ils attribuent une valeur à ces conséquences (évaluation). Généralement, les gens ont entre 5 et 10 croyances à l'égard d'une action donnée. Ainsi, une même personne peut croire que porter une ceinture de sécurité en conduisant diminue les risques de blessures en cas d'accident, est inconfortable physiquement, est conforme à la loi, etc. En contrepartie, chaque individu évalue les conséquences associées à ces croyances. Ainsi, l'individu peut accorder des valeurs différentes aux croyances qu'il rattache au port de la ceinture de sécurité. En résumé, l'attitude d'une personne est formée de la somme des produits « croyance X évaluation ».

Quant à la norme subjective, *SN*, elle est déterminée par les croyances normatives de la personne, c'est-à-dire par l'importance que celle-ci accorde à l'opinion de certaines personnes ou groupes de personnes et par sa motivation à se conformer à l'opinion de ces personnes ou de ces groupes de personnes. A titre d'exemple, une personne peut croire que son conjoint, ses ami-e-s, les autorités policières, etc. (croyances normatives) pensent qu'elle devrait porter la ceinture de sécurité en conduisant. Par contre, cette même personne peut différer dans son désir général à se conformer (motivation à se conformer) aux attentes de son conjoint, de ses ami-e-s, des autorités policières, etc. Dans la formation de la norme subjective, chaque croyance normative est pondérée par la motivation à se conformer correspondante. La somme des produits « croyance normative X motivation à se conformer » représente la norme subjective de l'individu.

Enfin, pour les auteurs de cette théorie, les variables dites « externes », comme l'âge, le sexe, l'éducation et divers traits de personnalité n'affectent pas la valeur prédictive de la théorie. L'influence de ces variables est filtrée à travers les croyances et les autres éléments du modèle. La théorie suppose que la connaissance de l'intention d'un individu face à un comportement permet de prédire ce comportement. Toutefois, la valeur prédictive ou la force d'association entre l'intention et le comportement seront dépendantes de trois conditions. Premièrement, l'intention mesurée doit correspondre au même niveau de spécificité que le comportement

étudié, et ce, en fonction des critères action, cible, contexte et temps (Godin et Shephard, 1986) (par ex. : l'utilisation [action] du préservatif [cible], lors des relations sexuelles avec un nouveau ou une nouvelle partenaire [contexte] au cours des deux prochains mois [temps]). La mesure de l'intention et celle de tous les autres sous-systèmes du modèle doivent également respecter ce même niveau de spécificité. Deuxièmement, l'intention ne doit pas changer entre le moment où elle est mesurée et le moment où le comportement est observé. Finalement, le comportement à l'étude doit être sous le contrôle de la volonté.

### *Domaines d'application*

Pour les chercheurs en psychologie sociale, l'utilité de cette théorie a été vérifiée à plusieurs reprises et a fait l'objet de plusieurs applications dans le secteur de la santé. On peut citer à cet effet des études concernant l'utilisation des contraceptifs oraux et la planification des naissances (Davidson et Jaccard, 1975), la consommation d'alcool (Manstead, Proffitt et Smart, 1983 ; Schlegel, Crawford et Sanborn, 1977), la pratique de l'activité physique (Godin et Shephard, 1986 ; Godin, 1986a ; Godin, Shephard et Colantonio, 1986b) et l'usage de la cigarette (Chassin, 1981 ; Godin et Lepage, 1988).

Même si la théorie de l'action raisonnée prédit l'intention plutôt que le comportement, les résultats de diverses études prospectives auprès d'adultes ont montré que la mesure des intentions était un prédicteur significatif de divers comportements liés à la santé. Toutefois, le postulat selon lequel les intentions ne sont directement prédites qu'à partir des deux composantes du modèle n'est pas confirmé dans les ouvrages traitant de la question. De fait, de récentes études de Godin, Valois, Shephard, et Desharnais (1987) et Manstead *et al.* (1983) rapportent que, en plus des attitudes, le comportement passé influence directement l'intention. En fait, l'influence de variables externes au modèle de Fishbein et Ajzen sur les intentions a également été rapportée par Saltzer (1981) dans la prédiction de la perte de poids, et Stutzman et Green (1981) dans la prédiction des intentions de fumer la cigarette.

### *Implications pratiques*

La théorie de l'action raisonnée peut suggérer un certain nombre de questions à se poser préalablement à une intervention.

Ainsi, l'on peut s'interroger sur les questions suivantes : quelles sont les intentions des individus visés par l'intervention, et ont-ils l'intention ou non d'adopter le comportement en question ? qu'est-ce qui détermine l'intention des individus ? quel est le rôle de l'attitude par rapport au comportement ? quel est le rôle de leur perception de la pression de l'entourage, soit le fait de percevoir que l'entourage valorise ou dévalorise le comportement ? En somme, le fait de connaître l'intention de l'individu devant la possibilité d'adopter ou non un comportement permet d'adapter un message, c'est-à-dire de porter attention soit à la composante attitude en insistant sur les conséquences positives et négatives de l'adoption du comportement, soit à la composante normative en insistant sur la motivation à se conformer à la pression de l'entourage.

## **La théorie des comportements inter-personnels (1)**

### *Définition*

Quoique semblable dans son essence à la théorie de l'action raisonnée, la théorie proposée par Triandis (1977) comporte cependant un certain nombre de différences importantes. La distinction la plus fondamentale entre les deux théories réside dans l'importance relative qu'elles accordent au contrôle de la volonté pour expliquer et prédire le comportement. En effet, pour Fishbein et Ajzen (1975) (théorie de l'action raisonnée), tout comportement observé est réalisé à la suite d'une analyse systématique et consciente ; le comportement est par conséquent essentiellement volitif. L'intention comportementale demeure dans cette perspective le seul et unique facteur pouvant prédire de façon ultime si un comportement sera adopté ou non.

Triandis ne renie pas l'importance de l'intention comme prédicteur du comportement. Il en limite cependant la portée en se fondant sur le fait que, dans la gamme des comportements empruntés par une personne, tous ne sont pas sous le contrôle direct de la volonté. Selon l'auteur, certains comportements devenus par la pratique plus ou moins automatisés peuvent en effet se manifester sans pour autant découler d'une volonté consciente.

La marche et la conduite automobile en sont des exemples. Il en résulte donc que, la fréquence avec laquelle un comportement

---

(1) Cette section du texte réfère aux explications du modèle présentées dans la thèse de maîtrise de Valois (1984).

donné s'est déjà manifesté dans le passé (i.e. la force de l'habitude) constitue un facteur appréciable de prédiction, et cela au même titre que l'intention.

La théorie des comportements inter-personnels diffère principalement de celle de l'action raisonnée en ce qu'elle soutient que tout comportement résulte des trois facteurs suivants : 1) la force de l'habitude devant un comportement donné ; 2) l'intention d'emprunter le comportement ; 3) la présence de conditions qui facilitent ou nuisent à l'adoption du comportement (*figure 4*).

L'importance relative de l'intention comportementale et de l'habitude (chacun de ces facteurs multiplié par les conditions facilitant l'action) d'une personne dans la manifestation d'un comportement dépend du degré de nouveauté du comportement en question. Ainsi, lors des premières expériences avec un nouveau comportement, c'est l'intention de l'adopter qui en est le déterminant principal. Dans le cas où ce même comportement aurait été répété jusqu'à ce qu'il en résulte un automatisme ou une habitude, on se basera alors sur l'habitude pour prédire si le comportement sera réalisé ou non, l'influence de l'intention étant alors réduite. L'habitude de boucler sa ceinture de sécurité en est un exemple. Les premières expériences sont fortement sous le contrôle de l'intention, alors que l'habitude du geste remplace le rôle de l'intention après quelques années.

On entend par force de l'habitude le degré d'automatisme d'un comportement dans une situation donnée. Par exemple, une personne qui décide un matin de boucler sa ceinture de sécurité en conduisant une automobile aura acquis cette habitude le jour où ce comportement sera automatique. Ainsi, une personne acquiert « l'habitude de boucler sa ceinture » lorsque ce comportement devient machinal et échappe à la volonté consciente. Il est important, toutefois, de distinguer une habitude d'un réflexe, l'habitude étant développée à la suite d'un apprentissage tandis qu'un réflexe n'a pas besoin d'être appris.

Triandis affirme également qu'une habitude est non seulement le résultat d'un apprentissage mais qu'elle est aussi fonction du niveau d'habileté de la personne par rapport à la difficulté de la tâche à réaliser. Par exemple, une personne possédant de bonnes aptitudes physiques apprendra plus facilement la technique de base du tennis, ou tout autre détail s'y rattachant, qu'une personne possédant peu d'habiletés physiques. Son apprentissage du tennis se faisant plus rapidement, l'acquisition de l'habitude en sera accélérée. Ainsi, l'habitude est déterminée par l'habileté relative d'une personne à emprunter un comportement donné et, par l'expérience acquise

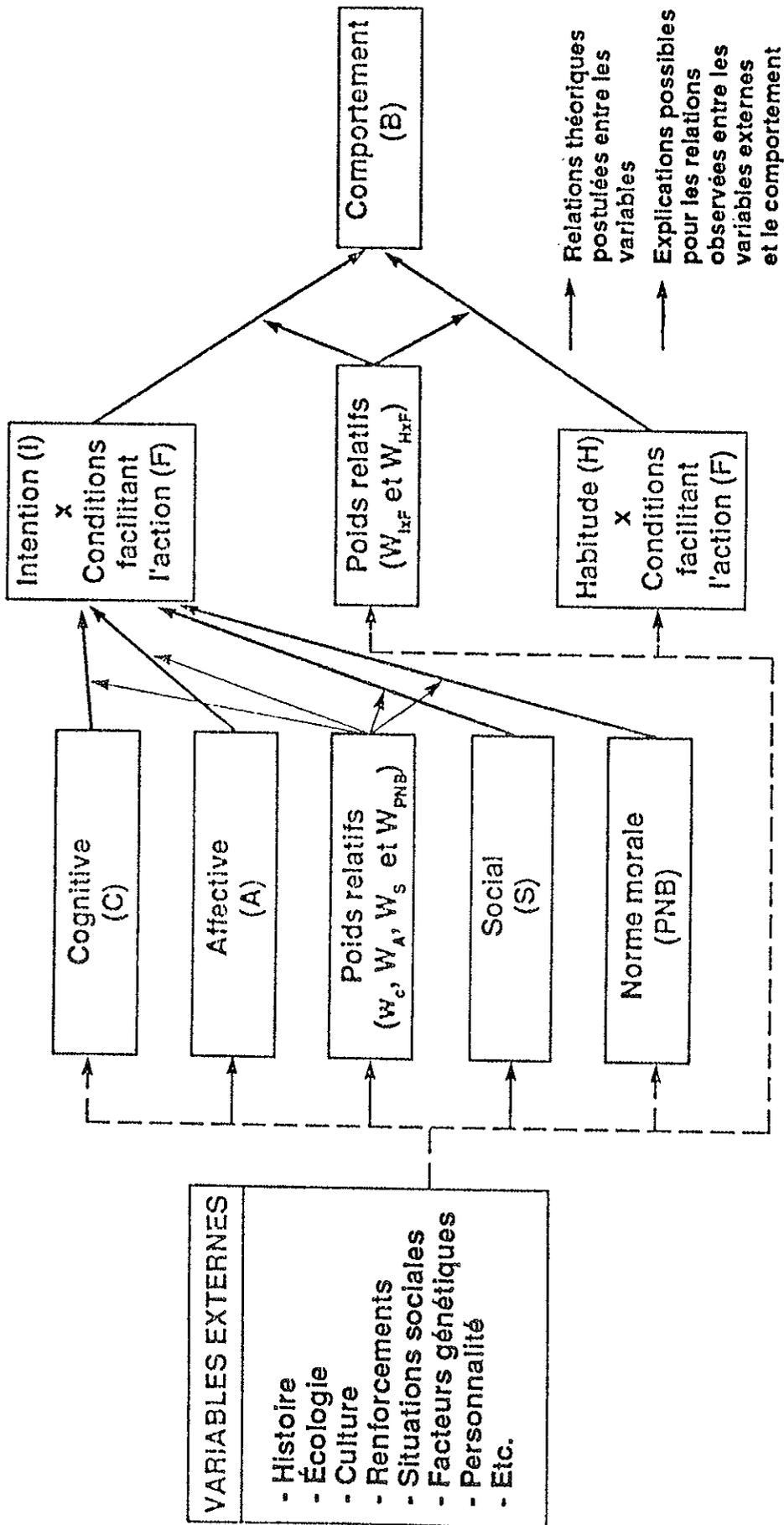


Figure 4  
Illustration schématique du modèle de Triandis (d'après Valois, 1984).

grâce à la répétition de ce même comportement. La composante que représente l'habitude est extrêmement importante car, comme l'a mentionné Langer (1978), la plupart des comportements sociaux réalisés quotidiennement sont sous le contrôle des habitudes.

Outre l'habitude, Triandis estime également que les conditions facilitant ou nuisant à la manifestation du comportement représentent un indice important sur lequel s'appuyer pour prédire si le comportement sera adopté ou non. Par exemple, certaines conditions rendraient extrêmement difficile, sinon impossible, l'usage d'un préservatif (par ex. : le refus du partenaire sexuel).

Le modèle de Triandis, tout comme le modèle de Fishbein et Ajzen, identifie les composantes qui sous-tendent l'intention. Celles-ci sont au nombre de quatre : la composante cognitive, la composante affective, la composante sociale et la norme morale personnelle.

- *La composante cognitive (C)* est le résultat d'une analyse personnelle et subjective des avantages et des désavantages qui résulteraient de l'adoption du comportement. Tout comme dans le cas de la théorie de l'action raisonnée, le résultat subjectif de l'ensemble perçu des bénéfices et des inconvénients que peut entraîner un comportement spécifique, jumelé à la valeur accordée à chacun de ces bénéfices et inconvénients, constitue le premier facteur affectant l'intention d'une personne d'agir dans un sens ou dans l'autre (voir la section précédente).

- Un deuxième élément déterminant par rapport aux intentions est *la dimension affective (A)* associée à un comportement. En d'autres termes, cela représente la réponse émotionnelle d'une personne à la pensée d'emprunter un comportement donné, c'est-à-dire le sentiment que lui inspire ce comportement (plaisant ou déplaisant, amusant ou ennuyeux, etc.). Cette composante résulte des expériences antérieures et requiert l'utilisation de la mémoire à long terme. Ainsi nous pouvons avoir des sentiments agréables ou désagréables à l'idée de boire du lait ou de la bière, de prendre un sirop contre la toux, etc., selon les souvenirs et les sensations que nous ont laissés ces expériences. Si un sentiment positif survient à la pensée d'un comportement, il s'ensuivra un état psychologique que l'organisme tentera de maximiser, tant sur le plan de la fréquence que de l'intensité. L'intention de répéter le comportement sera alors renforcée.

- *Les déterminants sociaux (S)* représentent le troisième facteur qui exerce une influence sur les intentions de la personne à l'égard d'un comportement donné. Le choix de ces déterminants dépend du com-

portement étudié. Deux des déterminants retenus, et qui ont été les plus utilisés dans diverses études antérieures, sont la croyance normative et la croyance en l'existence de rôles sociaux spécifiques. Ces deux croyances sont le résultat d'une analyse personnelle et subjective de l'opinion de certaines personnes ou de certains groupes de personnes spécifiques par rapport à un comportement potentiel.

La croyance normative consiste à évaluer la perception qu'a la personne de la pertinence d'un comportement donné à l'intérieur d'un groupe de référence. A titre d'exemple, on peut se surprendre à croire qu'il n'est pas indiqué pour une personne de notre âge ou pour une femme de faire telle ou telle chose. Il y a aussi un âge, pour citer un autre exemple, à partir duquel il est correct de boire des boissons alcoolisées, alors que ce comportement n'est pas acceptable chez des gens plus jeunes.

La croyance en l'existence de rôles sociaux spécifiques réfère à la perception qu'a un individu de l'à-propos d'un comportement donné chez les personnes qui occupent une position similaire à la sienne dans la structure sociale. Est-il acceptable pour une diététicienne de mal s'alimenter ou pour un professeur d'éducation physique d'être sédentaire ? Ce sont là des exemples de ce type de croyance.

En général, les normes diffèrent en fonction des sociétés, des situations et des conséquences liées à une rupture des normes en place. Ainsi, dans diverses sociétés, la pratique du jogging au début des années 1960 était un phénomène curieux, mais il en est tout autrement aujourd'hui où une telle pratique est beaucoup plus répandue.

• *La norme morale* (PNB) représente le dernier facteur influençant les intentions comportementales d'une personne. Elle consiste en l'évaluation personnelle de la pertinence d'un comportement. En d'autres termes, elle mesure le sentiment d'obligation de la personne devant la possibilité d'adopter ou non le comportement en question. Une norme morale se distingue d'une norme sociale en ce sens que le choix final d'une personne (i.e. l'intention d'emprunter ou non le comportement) ne dépendra pas des opinions des autres. Ainsi, les gens peuvent avoir des croyances personnelles (i.e. principes personnels) quant à l'obligation morale de donner leurs organes en cas de décès, de donner du sang lors des collectes organisées par la Croix-Rouge, de ne pas fumer en présence des autres, etc.

### *Domaines d'application*

Le modèle de Triandis n'a pas généré autant de recherches que le modèle de Fishbein et Ajzen. Néanmoins, il a été appliqué avec succès dans des études sur les intentions liées à l'utilisation des contraceptifs oraux (Jaccard et Davidson, 1975), au test de dépistage du cancer du col de l'utérus (Seibold et Roper, 1979), au vaccin contre la grippe (Montano, 1986), et à l'exercice physique (Valois, Desharnais et Godin, 1988).

### *Implications pratiques*

Voici quelques questions que peut soulever la théorie des comportements interpersonnels. Si le comportement est nouveau pour l'individu, quelle est son intention devant la possibilité de l'adopter, et qu'est-ce qui détermine son intention (connaissance des avantages et inconvénients, sentiment, norme sociale, norme morale) ? Si le comportement n'est pas nouveau, qu'il a été répété et est devenu une habitude pour l'individu, quelle est la force de cette habitude ? Y a-t-il des facteurs qui facilitent ou nuisent concrètement à l'adoption du comportement ?

## **La théorie du comportement planifié**

### *Définition*

Il a été observé par Ajzen (1985) que la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) est surtout valable pour les comportements qui sont sous le contrôle volontaire. Il y a contrôle total lorsqu'il n'existe aucune contrainte à l'adoption d'un comportement, mais à l'inverse, il y aura un manque de contrôle si l'adoption de ce dernier nécessite opportunités, ressources et habiletés.

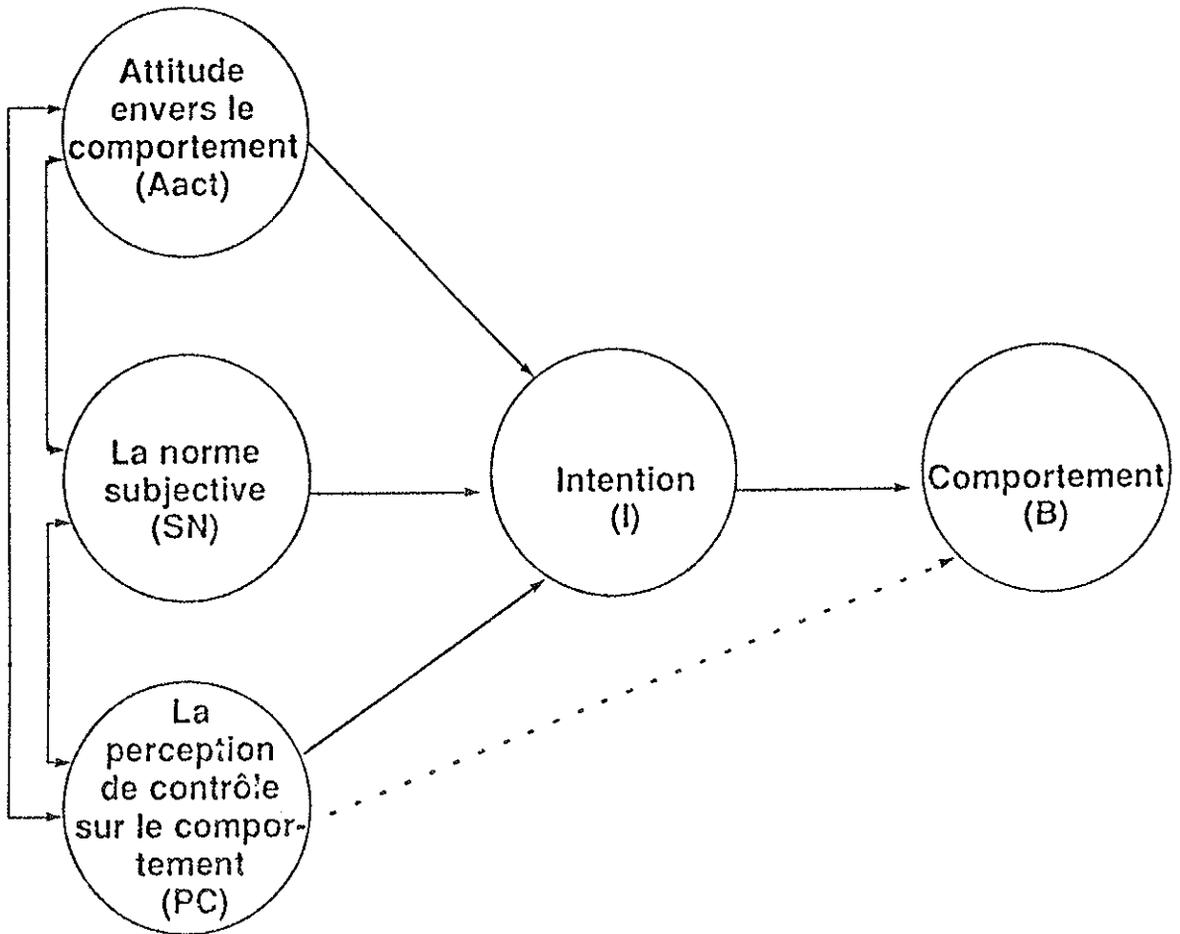
C'est en voulant tenir compte de ces barrières que Ajzen (1985) a ajouté au modèle original (Fishbein et Ajzen, 1975) un troisième concept lié à la perception qu'a l'individu de son contrôle (physique et psychologique) sur le comportement à venir. D'après Ajzen (1985 ; sous presse) et Ajzen et Madden (1986), pour assurer une prédiction juste du comportement sur lequel l'individu a seulement un contrôle limité, nous devons évaluer non seulement son intention, mais aussi obtenir quelques estimés du degré de contrôle qu'il croit pouvoir exercer sur le comportement en question.

L'importance de cette notion de perception du contrôle a été reconnue par quelques théoriciens. A titre d'exemple, Triandis (1977) a interprété ce concept dans sa variable relative aux conditions qui facilitent ou nuisent à l'adoption d'un comportement, alors que la croyance en l'efficacité personnelle de la théorie de Bandura (1977b) englobe cette notion de perception du contrôle.

Récemment, Ajzen (sous presse) a émis l'hypothèse que la perception du contrôle est définie par les croyances de contrôle et l'importance des facteurs de contrôle. Une croyance de contrôle consiste en un estimé de la probabilité qu'un certain facteur qui facilite ou nuit à l'adoption du comportement sera présent ou absent au moment de passer à l'action. L'importance d'un facteur de contrôle est l'expression du degré d'influence que la présence de ce facteur de contrôle a sur la décision de réaliser l'action ou non. A titre d'exemple, parmi un groupe de personnes planifiant une excursion à bicyclette certains individus peuvent croire qu'il y a de fortes probabilités qu'il va pleuvoir lors du prochain week-end. D'autre part, la pluie affectera ces mêmes individus différemment. Certains y verront un facteur qui les incitera à ne pas participer à l'excursion, alors que d'autres ne remettront pas en cause leur décision de participer à cette excursion. Dans la formation de la perception du contrôle, chaque croyance de contrôle est pondérée par l'importance du facteur de contrôle qui y est associée. La somme des produits « croyance de contrôle X importance du facteur de contrôle » représente la perception du contrôle de l'individu.

Dans la théorie du comportement planifié, l'influence de la perception du contrôle peut s'exercer selon deux scénarios : 1) la perception du contrôle comportemental (PC) peut influencer l'intention au même titre que l'attitude ( $A_{act}$ ) et la norme subjective (SN) lorsque le comportement semble sous le contrôle volontaire de l'individu ; 2) cette perception peut prédire directement le comportement, au même titre que l'intention, lorsque le comportement n'est pas sous le contrôle volontaire de l'individu (*figure 5*). A titre d'exemple, il est peu probable que la perception du contrôle influence directement la consommation quotidienne de café. Il y a tout lieu de croire que pour un tel comportement, l'effet de cette variable serait modéré par la forte position de l'intention. En revanche, la perception du contrôle pourrait jouer un rôle dans l'utilisation du préservatif lors d'une relation sexuelle avec une nouvelle ou un nouveau partenaire, car la réaction de l'autre peut faciliter ou empêcher l'adoption du comportement.

En somme, deux conditions doivent être réunies pour que l'on soit en mesure d'observer l'effet de la variable « perception du



**Figure 5**  
*La théorie du comportement planifié*  
*(d'après Ajzen et Madden, 1986).*

contrôle » concernant la prédiction du comportement : 1) ce dernier ne doit pas être sous le contrôle volontaire total de l'individu, sinon la théorie du comportement planifié est réduite à la théorie de l'action raisonnée ; 2) la perception du contrôle comportemental doit se rapprocher le plus possible du contrôle comportemental réel.

#### *Domaines d'application*

A l'heure actuelle, très peu d'études ont vérifié l'efficacité de cette théorie dans le secteur de la santé. Schifter et Ajzen (1985) ont obtenu des données appuyant la théorie du comportement planifié en observant des relations positives entre, d'une part, les variables attitude, norme subjective et contrôle comportemental perçu et,

d'autre part, l'intention de perdre du poids chez un échantillon de collégiennes. En outre, conformément à la seconde version de la théorie, les auteurs rapportent une corrélation positive, quoique modérée, entre les variables intention et contrôle comportemental perçu et la variable quantité de poids perdu (le comportement).

Globalement, l'ajout de cette variable à la variable intention permet une meilleure prédiction du comportement. Ajzen et Timko (1986) ont également observé que la perception du contrôle présentait une corrélation significative avec plusieurs comportements liés à la protection de la santé. D'autres travaux sont néanmoins nécessaires afin de vérifier l'applicabilité de cette nouvelle théorie, tout particulièrement dans le secteur de la santé.

### *Implications pratiques*

Souhaiter modifier des comportements sur lesquels les individus ont seulement un contrôle limité (par exemple, utiliser un préservatif) nous amène à évaluer quelles sont les intentions des individus : ont-ils l'intention d'utiliser un préservatif ? et aussi à évaluer la perception qu'ils ont de leur contrôle devant une situation donnée (perçoivent-ils qu'ils exercent un contrôle devant la possibilité d'utiliser un préservatif ?) En conséquence, l'intention d'adopter un comportement, et la perception du contrôle qu'on peut avoir sur ce comportement peuvent s'avérer des prédicteurs du comportement souhaité, et constituer des pistes à explorer pour la promotion d'un comportement sain.

### **La place des modèles dans la démarche de planification**

La *figure 6* illustre la place d'un des modèles psychosociaux dans une démarche de planification s'inspirant de celle de Green et de ses collègues (1980). Dans notre exemple, trois catégories de facteurs doivent être considérées pour le développement des programmes d'éducation. Ces catégories de facteurs sont ceux qui *prédisposent* à l'action, ceux qui *facilitent* l'action, et ceux qui *renforcent* l'action.

Les facteurs qui *prédisposent* à l'action sont ceux qui découlent des modèles psychosociaux que nous avons présentés dans ce texte. L'information concernant les facteurs qui prédisposent à une action donnée est obtenue par un inventaire des résultats des travaux de recherche qui se sont inspirés d'une théorie psychosociale pour l'étude de ce comportement.

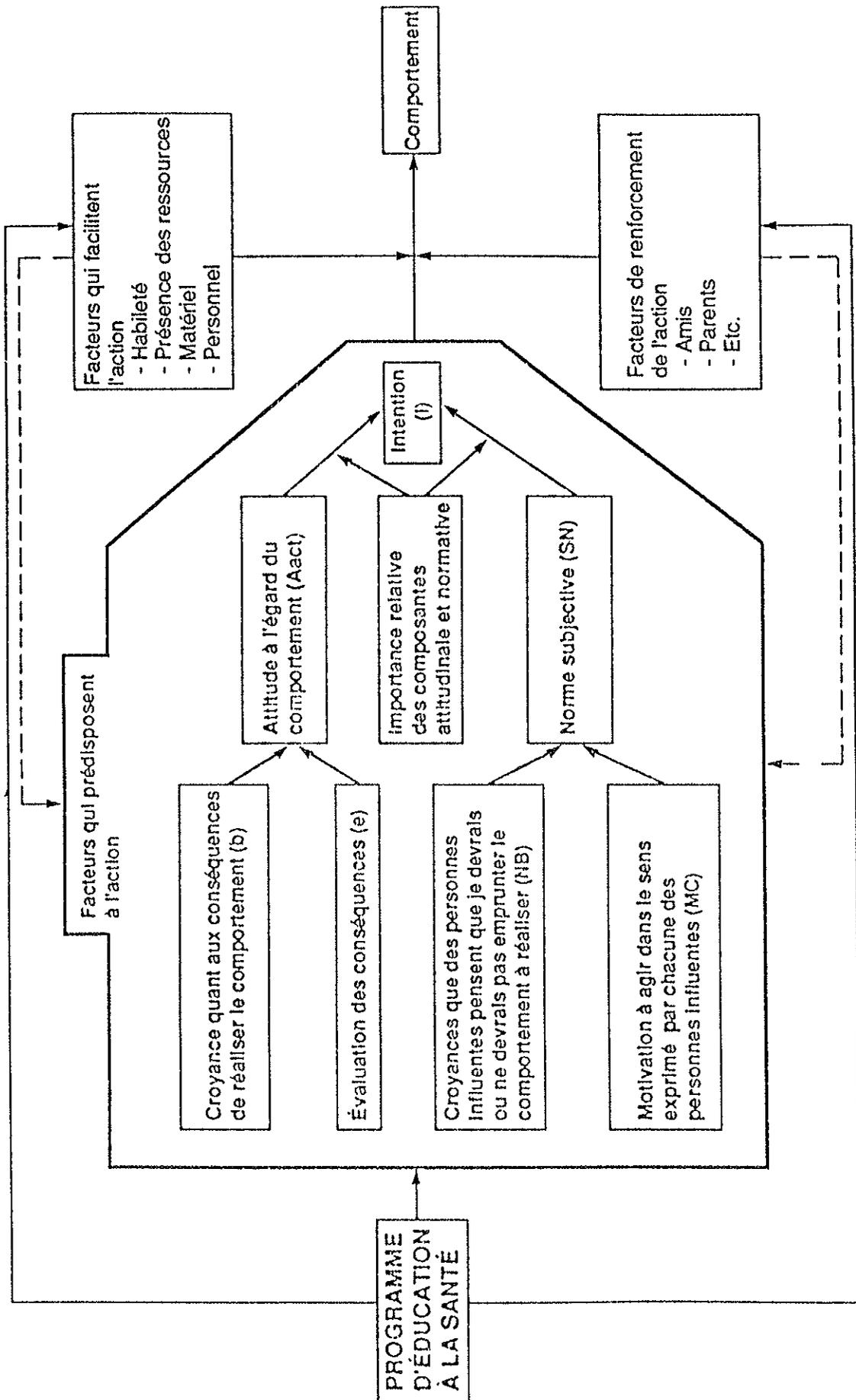


Figure 6

*La place des modèles psychosociaux de prédiction du comportement dans un modèle de planification des interventions éducatives. Exemple illustré à partir du modèle de Fishbein et Ajzen (1975) et de la démarche de planification de Green et al. (1980).*

L'exemple de la *figure 6* donne une place privilégiée au modèle de Fishbein et Ajzen (1975) dans la compréhension des facteurs psychosociaux qui expliquent la prise de décision individuelle. Il est toutefois bon de noter que dans notre exemple, n'importe lequel des modèles théoriques étudiés, ou une combinaison de ceux-ci, pourrait être utilisé pour identifier les facteurs qui prédisposent à l'action.

Les facteurs qui *facilitent* l'action et ceux qui *renforcent* l'action jouent pour leur part un rôle différent. En fait, les facteurs qui *facilitent* l'action et ceux qui la *renforcent* supportent l'individu dans sa « prise d'action ». Ainsi, dans l'exemple de la *figure 6*, ces deux catégories de facteurs influencent directement la relation intention/comportement, en ce sens qu'ils permettent la concrétisation des intentions en comportement. De plus, ces deux catégories de facteurs influencent indirectement les facteurs qui *prédisposent* à l'action. Il est important de noter que contrairement à la position de Green *et al.* (1980), l'effet de ces deux dernières catégories de facteurs ne s'exerce pas directement sur le comportement, mais bien sur la médiation entre les facteurs qui *prédisposent* à l'action et le *comportement*.

Cette distinction est importante car il y a une différence entre un modèle de prédiction du comportement et un modèle de planification des interventions éducatives. Ainsi, l'illustration de la *figure 6* n'est pas un modèle de prédiction du comportement, mais insère un modèle de prédiction du comportement dans un modèle de planification des interventions éducatives. Il est donc erroné de vouloir comparer l'efficacité prédictive d'un modèle qui découle d'une théorie psychosociale du comportement avec un modèle qui veut illustrer les catégories de variables à considérer pour la planification des activités éducatives.

A partir de l'illustration de la *figure 6*, on voit que les activités éducatives peuvent influencer le changement de comportement de diverses façons. Ainsi, un programme d'éducation pour la santé peut être mis sur pied pour : 1) modifier de façon favorable les facteurs qui *prédisposent* à l'action (croyances comportementales et normatives, attitudes, norme subjective, perception des barrières, intention, etc.) ; 2) assurer la présence de facteurs qui *facilitent* l'action et/ou permettre l'élimination de facteurs qui peuvent nuire à l'action et 3) offrir des opportunités de *renforcement* de l'action préventive recommandée. Toutefois, le choix de la stratégie d'intervention devra s'appuyer sur une bonne compréhension des facteurs qui *prédisposent* à l'action, sinon il y a de fortes chances que les activités éducatives proposées soient inappropriées pour modifier le comportement visé.

## Synthèse et conclusion

Les théories présentées proposent différentes possibilités pour expliquer pourquoi les individus adoptent ou non un comportement donné. Seul le modèle des croyances relatives à la santé est limité au secteur de la santé alors que les autres théories conçoivent l'analyse des comportements dans une perspective plus globale. Néanmoins, aucun des modèles énumérés n'est idéal et tous sont limités dans leur capacité d'expliquer les comportements.

Le tableau suivant (*tableau 1*) expose la caractéristique principale de chaque théorie, c'est-à-dire l'élément-clé qui explique l'adoption ou le rejet d'un comportement. Par exemple, la croyance en l'efficacité personnelle est un facteur dominant pour expliquer l'adoption ou le rejet, ce qui est caractéristique de la théorie sociale cognitive.

**Tableau 1**  
*Caractéristique principale de chaque modèle*

Modèle	Caractéristique
Le modèle des croyances relatives à la santé	Perception d'une menace
La théorie sociale cognitive	Croyance en l'efficacité personnelle
La théorie de l'action raisonnée	L'intention seule permet de comprendre le comportement
La théorie des comportements interpersonnels	Complémentarité de l'intention et de l'habitude
La théorie du comportement planifié	Perception du contrôle

Les implications de ces modèles pour la promotion de la santé sont importantes puisqu'il ressort de ce qui précède qu'il faut concevoir les comportements liés à la santé dans une perspective sociale plutôt que sous l'angle exclusif de leurs liens avec la santé et la maladie. A cet égard, les différents modèles offrent des pistes intéressantes pour modifier les comportements et démontrent qu'il n'est pas nécessaire de faire peur avec des menaces pour obtenir les résultats escomptés. Par exemple, pourquoi brandir le spectre du SIDA pour convaincre les adolescents d'utiliser un préservatif ? Il est admis de tous que les adolescents ne se perçoivent pas à risque,

même s'ils admettent que le SIDA pourrait avoir des conséquences graves sur leur vie. Devant cette problématique, le constat est le même que pour d'autres domaines de santé : les personnes qui adoptent ou non les comportements préventifs partagent le même avis sur les effets néfastes que peut avoir sur leur santé la non-adoption de ces comportements. Ainsi, certains continuent à ne pas utiliser le préservatif bien qu'ils connaissent les dangers d'une telle pratique.

Plutôt que de continuer à véhiculer un message auquel les gens sont insensibles, il est préférable de considérer l'éventail des possibilités offertes par les différentes théories. A titre d'exemple, si nous appliquons les différents modèles étudiés à la promotion de l'utilisation du préservatif chez les adolescents, nous réalisons qu'il existe plusieurs aspects à considérer.

Parmi ceux-ci, il y a le degré de confiance que les adolescents peuvent avoir en leur capacité d'utiliser un préservatif, la force de leurs croyances (incluant celles qui ne sont pas associées à la santé) par rapport aux avantages et aux désavantages du préservatif, l'importance de l'affect (aspect agréable ou désagréable) associé au préservatif et la perception qu'ils ont des barrières psychologiques et physiques à l'utilisation d'un préservatif.

Comme on peut le voir, plusieurs approches sont offertes pour le développement de programmes de promotion de la santé. Toutefois, le choix de la stratégie d'intervention devra s'appuyer sur une identification préalable des facteurs qui expliquent le comportement donné dans la population visée. A cette fin, il est possible d'utiliser une combinaison des caractéristiques principales des différents modèles, plutôt qu'un modèle unique. Un certain nombre de publications récentes ont avantageusement appliqué cette démarche (Feldman et Mayhew, 1984 ; Godin et Lepage, 1988 ; Godin, Vézina et Leclerc, 1989 ; McCaul, O'Neill et Glasgow, 1988 ; Valois *et al.*, 1988).

L'étude de facteurs psychosociaux qui déterminent les comportements reliés à la santé est essentielle au choix de la méthode d'intervention et/ou à la définition du contenu des programmes. Que ce soit dans une perspective de développement d'un programme d'éducation pour la santé selon la démarche proposée par Green *et al.* (1980), selon une approche de marketing social ou une stratégie de communication, l'information concernant les déterminants du comportement visé est essentielle au succès de l'activité. A cet égard, il est à espérer que les décideurs et intervenants engagés dans une démarche de promotion de la santé vont accepter de considérer l'importance de cerner la dynamique psychosociale associée à la

modification d'une habitude de vie, avant de se précipiter dans le développement de programmes non adaptés au problème en cause.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ajzen I., 1985, From intentions to actions : a therapy of planned behavior. In Kuhl J., Beckmann J. (Eds.). *Action-control : from cognition to behavior*, Heidelberg, Springer, pp. 11-39.
- Ajzen I., sous presse, The theory of planned behavior : Some unresolved issues. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.
- Ajzen I., Fishbein M., 1980, *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Ajzen I., Madden T.J., 1986, Prediction of goal-directed behavior : attitudes, intentions, and perceived behavioral control, *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Ajzen I., Timko C., 1986, Correspondence between health attitudes and behavior. *Basic and applied social Psychology*, 7, 259-276.
- Bandura A., 1977a, *Social learning theory*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Bandura A., 1977b, Self-efficacy : toward a unifying theory of behavior change, *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura A., 1986, *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Becker M.H., 1974, The health belief model and personal health behavior, *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Becker M.H., Haefner D.P., Kasl S.V., Kirscht J.P., Maiman L.A., Rosenstock I.M., 1977, Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors, *Medical care*, 15, 27-46.
- Chassin L.E., Corty E., Presson C.C., Olshansky R.L., Bensenberg M., Sherman S.J., 1981, Predicting adolescents intentions to smoke cigarettes, *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 445-455.
- Davidson A.R., Jaccard J.J., 1975, Population psychology : a new look at an old problem, *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1073-1082.
- Desharnais R., Bouillon J., Godin G., 1986, Self-efficacy and outcome expectations as determinants of exercise adherence, *Psychological Reports*, 59, 1155-1159.
- Diclemente C.C., 1981, Self-efficacy and smoking cessation maintenance : a preliminary report, *Cognitive therapy and Research*, 5, 175-187.
- Diclemente C.C., 1986, Self-efficacy and the addictive behaviors, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- Feldman R.H.L., Mayhew P.C., 1984, Predicting nutrition behavior : the utilization of a social psychological model of health behavior, *Basic and Applied Social Psychology*, 5, 183-195.
- Fishbein M., Ajzen I., 1975, *Belief, attitude, intention and behavior : an introduction to theory and research*, Don Mills, Ont., Addison-Wesley.
- Godin G., 1989, The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors in individuals with coronary heart disease, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 9, 223-246.

- Godin G., Shephard R.J., 1983, Physical fitness promotion programs : effectiveness in modifying exercise behavior, *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 8, 104-113.
- Godin G., Shephard R.J., 1986, Importance of type of attitude to the study of exercise-behavior, *Psychological Reports*, 58, 991-1000.
- Godin G., Lepage L., 1988, Understanding the intentions of pregnant nullipara to not smoke cigarettes after childbirth, *Journal of Drug Education*, 18, 115-124.
- Godin G., Davis G.M., Shephard R.J., Simard C., Colantonio A., 1986a, Prediction of leisure time exercise behavior among a group of lower-limb disabled adults, *Journal of Clinical Psychology*, 13, 421-430.
- Godin G., Shephard R.J., Colantonio A., 1986b, The cognitive profile of those who intend to exercise but do not, *Public Health Reports*, 101, 521-526.
- Godin G., Valois P., Shephard R.J., Desharnais R., 1987, Prediction of leisure-time exercise behavior : a path analysis (LISREL V) model, *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 145-158.
- Godin G., Vézina L., Leclerc O., 1989, Factors influencing the intentions of pregnant women to exercise after giving birth, *Public Health Reports*, 104, 188-195.
- Green L.W., Kreuter M.W., Deeds S.G., Partridge K.B., 1980, *Health Education Planning*, Palo Alto, C.A., Mayfield.
- Jaccard J., Davidson A.R., 1975, A comparison of two models of social behavior : results of a survey sample, *Sociometry*, 38, 497-517.
- Janz N.K., Becker M.H., 1984, The health belief model : a decade later, *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Labonté R., Penfold S., 1981, Canadian perspectives in health promotion : a critique, *Health Education*, 19, 4-9.
- Langer E.J., 1978, Rethinking the role of thought in social interaction, In Harvey J.H., Ickes W., Kidd R.F. (Eds.), *New directions in attribution research (Vol. 2)*, Hillsdale, N.J., Laurence Erlbaum Associates, pp. 35-58.
- Maddux J.E., Rogers R.W., 1983, Protection motivation and self-efficacy : a revised theory of fear appeals and attitude change, *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- Manstead A. S.R., Proffitt C., Smart J.L., 1983, Prediction and understanding mother's infant-feeding intentions and behavior : testing the theory of reasoned action, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 657-671.
- McCaul K.D., O'Neill H.K., Glasgow R.E., 1988, Predicting the performance of dental hygiene behaviors : an examination of the Fishbein and Ajzen model and self-efficacy expectations, *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 114-128.
- Montano D.E., 1986, Predicting and understanding influenza vaccination behavior, *Medical Care*, 24, 438-453.
- Norman R.M.G., 1985, Les comportements liés à la santé : nature et variables associées. *Série d'études en promotion de la santé* (n° 2). Direction de la promotion de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.
- Rosenstock I.M., 1974, Historical origins of the health belief model, *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock I.M., Strecher V.J., Becker M.H., 1988, Social learning theory and the health belief model, *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Saltzer E.B., 1981, Cognitive Moderators of the relationship between behavioral intentions and behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 260-271.

- Schlegel R.P., Crawford C.A., Sanborn M.D., 1977, Correspondence and mediational properties of the Fishbein model : An application to adolescent alcohol use, *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 421-430.
- Schifter D.E., Ajzen I., 1985, Intention, perceived control, and weight loss : an application of the theory of planned behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- Seibold D.R., Roper R.E., 1979, Psychological determinants of health care intentions : test of the Triandis and Fishbein models. In D. Nimmo (Ed.). *Communication Yearbook 3*, New-Brunswick, N.J., Transaction Books, pp. 625-643.
- Stanley M.A., Maddux J.E., 1986, Cognitive processes in health enhancement : investigation of a combined protection motivation and self-efficacy model, *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 101-113.
- Strecher V.J., McEroy De Vellis B., Becker M.H., Rosenstock I.M., 1986, The role of self-efficacy in achieving health behavior change, *Health Education Quarterly*, 13, 73-91.
- Stutzman T.M., Green S.B., 1982, Factors affecting energy consumption : two fields tests of the Fishbein-Ajzen model, *Journal of Social Psychology*, 117, 183-201.
- Triandis H.C., 1977, *Interpersonal behavior*, Brookd/Cole, Monterey, CA.
- Valois P., Desharnais R., Godin G., 1988, A comparison of the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behavior, *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 459-472.
- Valois P., 1984, *Comparaison des modèles de Fishbein et de Triandis*, Thèse de maîtrise non publiée, Université Laval.
- Weinberg R.S., Hughes H.H., Critelli J.W., England R., Jackson A., 1984, Effects of preexisting and manipulated self-efficacy or weight loss in a self-control program, *Journal of Research in Personality* 18, 352-358.