



Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ?

Thierry Meyer, Jean-François Verlhac

DANS **SAVOIRS** 2004/4 Hors série , PAGES 117 À 134
ÉDITIONS **L'HARMATTAN**

ISSN 1763-4229

DOI 10.3917/savo.hs01.0117

Date de mise en ligne : 01/03/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-savoirs-2004-5-page-117?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour L'Harmattan.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ?

Thierry MEYER, Jean-François VERLHIAC

Thierry Meyer, professeur de Psychologie sociale à l'université Paris X (département de psychologie, EA 1588 « Psychologie sociale des comportements et des cognitions »), travaille sur la modélisation des attitudes et des liens entre attitudes et comportements. Du point de vue des applications, il s'intéresse aux processus de persuasion impliqués dans la communication des risques, ainsi qu'à l'autorégulation dans des performances et prises de décision.

Jean-François Verlhac, maître de conférences en Psychologie sociale à l'Université Paris X (département de psychologie, EA 1588 « Psychologie sociale des comportements et des cognitions »), étudie les processus sociocognitifs et motivationnels associés au risque, le caractère adaptatif ou non des stratégies de comparaison sociale (Optimisme Comparatif, Effet de faux Consensus) dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Résumé

Après un rappel des éléments clés de l'approche sociocognitive de Bandura, l'objectif est d'explorer comment l'auto-efficacité est intégrée à des modèles psychosociaux de prédiction des comportements relatifs à l'exposition au risque et à la préservation de la santé. Dans ces modèles, les effets de l'auto-efficacité sont supposés directs et/ou médiateurs. L'auto-efficacité est d'abord abordée selon la nature de ses effets sur l'intention comportementale, l'autorégulation des comportements de santé, le processus de leur changement et leur maintien. La contribution de l'auto-efficacité est ensuite comparée à d'autres construits des modèles (contrôlabilité de l'environnement, contrôle perçu des comportements et des événements, attentes des conséquences, contrôle de la peur et du danger, implémentation de l'intention). Quelques implications pour la conception et l'évaluation des messages de prévention sont examinées.

Abstract

“Self-Efficacy: What contribution to the predictive models of risk exposure and health-protection ?”

Self-efficacy is embedded within current social psychology model's that predict behaviors related to risk exposure and health protection. We first expose basic premises of Banduras' social-cognitive theory. As a variable in these models, self-efficacy is hypothesized to have a direct and/or mediational influence. We explore how self-efficacy influences behavioral intention, self-regulation of health behaviors, processes changes and maintenance of health behaviors. The weight of self-efficacy is compared to other constructs (controllability of the events, perceived behavioral control, outcomes expectancies, coping and threat appraisals, implementation of intention). Self-efficacy could benefit to the conception and assessment of health messages.

Le succès de la théorie sociocognitive développée par Albert Bandura (1977, 2002) dans le champ académique comme dans le champ professionnel doit largement à son potentiel de prédiction des comportements. Les domaines intéressés par l'exposition au risque et la préservation de la santé sont, bien évidemment, fortement consommateurs de démarches susceptibles de prédire le comportement comme de donner des pistes pour changer les comportements indésirables pour la santé publique. Quels sont les déterminants psychosociaux du dépassement de vitesse chez les conducteurs ou du port du casque chez les enfants cyclistes ? Quelles informations faut-il communiquer pour convaincre les adultes de moins s'exposer au soleil et d'utiliser davantage de crème solaire ? Comment amener les adolescents à réduire leur consommation de tabac ? Comment aider des femmes à anticiper les risques d'ostéoporose après la ménopause en contrôlant l'apport de calcium dans leur alimentation ?

Nous rappellerons dans un premier temps les ingrédients de base de l'approche sociocognitive basée sur l'auto-efficacité. Dans un second temps, nous ferons le constat que l'auto-efficacité s'est progressivement imposée dans la plupart des modèles psychosociaux de prédiction des comportements relatifs à l'exposition au risque et à la préservation de la santé. Nous montrerons comment elle s'est greffée à ces modèles soit comme un élément périphérique soit comme déterminant principal. Alors que l'auto-efficacité est adossée à une intégration théorique forte (Bandura, 2002), ces modèles ont une portée pragmatique souvent délimitée par un champ d'application spécifique. Leur intérêt pour notre propos est de mettre l'auto-efficacité en concurrence avec d'autres construits. Parallèlement, l'auto-efficacité est devenue une dimension importante de la conception, du développement et de l'évaluation de programmes de prévention. Enfin, nous examinerons quelques-unes des limites de l'auto-efficacité.

1. L'auto-efficacité : du concept à la mesure

1.1 Un point de vue motivationnel et métacognitif

Dans le cadre d'une psychologie sociale intéressée par l'action et les comportements observés en contexte, l'auto-efficacité privilégie l'abord métacognitif et motivationnel (Gist & Mitchell, 1992). L'angle d'approche concerne en effet le rapport subjectif à ses propres comportements évalués dans une perspective temporelle passée et surtout future (métacognition). L'individu est capable de planifier ses actions, d'anticiper réussites et échecs et plus particulièrement d'apprécier sa propre capacité à mettre en œuvre des comportements particuliers pour atteindre une performance souhaitée. La notion d'auto-efficacité perçue renvoie aux « croyances dans ses propres capacités à organiser et exécuter les séquences d'action propres à obtenir certains résultats » (Bandura, 1997, p. 3). Suivant les cas, l'individu croit être en mesure, ou ne croit pas être en mesure, d'atteindre un niveau de performance donné pour une activité particulière. L'auto-efficacité est fortement reliée à la motivation dans la mesure où elle participe tant à l'engagement initial dans une activité, à la définition des buts, à l'effort fourni pour atteindre ces buts, qu'à la persistance devant les difficultés rencontrées pour réaliser un but (Bandura & Locke, 2003). L'auto-efficacité est une composante importante de l'autorégulation des comportements, comme elle participe ultimement à la capacité de récupérer suite à un traumatisme (Bandura, 2002). Pour entrer directement dans un domaine d'application, un fumeur convaincu de l'intérêt de réduire sa consommation de tabac se croira plus ou moins capable d'abstinence à l'échelle de quelques heures, quelques jours ou même définitivement. Tel accidenté se croira en mesure de récupérer telle proportion d'une fonction lésée. La croyance d'une personne en sa capacité peut affecter son niveau d'implication et sa volonté de fournir les efforts nécessaires à l'atteinte d'une performance ou d'un but.

Les recherches sur l'auto-efficacité sont fortement reliées à une orientation qui met l'accent sur la manière dont l'individu contrôle subjectivement son activité (auto-régulation). La vaste littérature développée autour de la psychologie du contrôle (Kofta, Weary & Sedek, 1998 ; Skinner, 1995) a mis l'accent sur la contingence objective entre action et résultats : une action est-elle ou non susceptible de modifier l'environnement ? On sait que l'incontrôlabilité de l'environnement (par exemple l'exposition à des bruits aléatoires) épuise les ressources affectées à l'adaptation et aboutit à plus ou moins long terme à une diminution de la motivation voire à des formes plus ou moins aiguës de stress.

Cet effet est augmenté quand l'évaluation du contrôle susceptible d'être exercé sur ce bruit (*contrôle perçu*) est faible. Plus généralement, le *contrôle perçu* a été abordé comme une expérience subjective de contingence entre action et résultats. Face à telle maladie chronique, le contrôle perçu est fortement prédicteur de l'adaptation efficace à la maladie. L'*auto-efficacité* décrit l'évaluation des compétences à exercer du contrôle sur l'environnement ou sur soi par des actions appropriées. Elle renvoie aux croyances relatives à sa propre capacité à mettre en œuvre des actions appropriées suivant la définition donnée plus haut. Suis-je capable de m'astreindre à utiliser quotidiennement le fil dentaire ? Ai-je confiance dans mes capacités de résistance à la tentation d'une cigarette au moment de la pause-café ? L'auto-efficacité est par ailleurs distincte de la *croyance en l'efficacité de l'action* (ou croyance quant aux résultats de l'action). Pour mettre en œuvre tel procédé d'abstinence pour le tabac, il est utile de croire à son efficacité intrinsèque. Comme pour utiliser du fil dentaire, il est utile de croire que son usage contribue efficacement à réduire les risques de carie dentaire. La valeur prédictive de l'auto-efficacité vient en particulier du fait qu'elle respecte le principe de concordance entre les jugements de valeur sur les comportements (attitudes) et les comportements eux-mêmes : les mesures concernent un comportement spécifique et sont, ou devraient être, concordantes avec le contexte d'actualisation du comportement.

1.2. La mesure de l'auto-efficacité

L'auto-efficacité est mesurée le plus souvent à l'échelle d'une activité particulière décomposée en niveaux de performances. Par exemple, il peut s'agir d'exécuter une manœuvre difficile en voiture (Delhomme & Meyer, sous presse) ou d'accomplir une activité scolaire (Gaskill, & Woolfolk Hoy, 2002). L'auto-efficacité peut encore être approchée pour un domaine d'activité plus large comme réaliser un comportement de santé ou éviter un comportement nocif pour la santé (auto-efficacité à s'arrêter de fumer - Etter, Bergman, Humair & Perneger, 2000, ou à résister à la tentation du grignotage - Baggozi & Edwards, 1998). De manière plus éloignée de la conception initiale développée par Bandura, des mesures d'auto-efficacité généralisée, indépendante d'une activité particulière, ont été développées (Schwarzer, Müller & Greensglass, 1999). Dans ce dernier cas, l'auto-efficacité rend compte d'une disposition plutôt générale.

2. De la recherche des déterminants à la prédiction : la place de l'auto-efficacité dans les modèles expectation-valeur

L'auto-efficacité a progressivement été adoptée par de nombreux programmes de recherche en psychologie sociale, notamment ceux qui proposent des modèles de prédiction⁴³ du comportement. Nombre de ces modèles présupposent qu'une quantité limitée de construits et de mesures permet de prédire le comportement (Fishbein, 1997). La classe des modèles dits expectation-valeur a connu un succès important spécialement dans le domaine de l'exposition aux risques et de la protection de la santé. Les attentes des individus à propos d'un comportement *expectations* sont balancées par les *valeurs* attribuées à ce comportement. On peut ainsi supposer que le fait de prendre l'apéritif est associé à une attente d'un bénéfice (plaisir et convivialité), lequel présente une certaine valeur pour l'individu. L'attente peut bien sûr être négative (probabilité d'accident de voiture, maux de tête en cas d'abus) et associée à une valeur négative. Dans ces modèles, les antécédents volitionnels du comportement sont pris en compte sous la forme de désirs, buts ou intentions comportementales. Ces modèles sont soit de caractère généraliste, soit dédiés à un domaine spécifique, en particulier celui de la santé (Bagozzi, Gürhan-Canti & Priester, 2003 ; Conner & Norman, 1996 ; Stroebe, 2000 ; Zani, 2000). De nature pragmatique, ces modèles se proposent de hiérarchiser les déterminants du comportement. Ils présentent une valeur prédictive des comportements, certes très variable d'un domaine à l'autre, mais suffisamment intéressante pour les praticiens de ces secteurs. L'utilité de ces modèles est aussi de caractériser les déterminants du comportement et par là d'aider à concevoir des interventions appropriées.

Depuis plus de vingt ans, le concept et la mesure de l'auto-efficacité ont été progressivement introduits dans ces modèles avec le but d'augmenter leur qualité de prédiction. Le construit d'auto-efficacité est ainsi mis en concurrence avec d'autres prédicteurs du comportement. Dans les exemples qui suivent, le statut de l'auto-efficacité prend alors deux formes différentes. D'un côté l'auto-efficacité est considérée comme une variable indépendante des autres variables des modèles. Elle est alors un prédicteur des intentions comportementales ou du comportement lui-même. D'un autre côté l'auto-efficacité est considérée

43 La valeur prédictive d'un modèle concerne l'écart observé entre le comportement observé et le comportement prévu par le modèle (souvent exprimé en part de variance expliquée).

comme une variable intermédiaire qui contribue à prédire l'intention comportementale ou le comportement mais sous l'influence, et éventuellement en interaction avec d'autres variables.

2.1. Effet direct de l'auto-efficacité sur les comportements

2.1.1. Un modèle généraliste : TAR-TCP

L'exemple le plus spectaculaire d'apport de la mesure d'auto-efficacité est son application au modèle le plus populaire de prédiction des comportements : le modèle TAR/TCP (Théorie de l'Action Raisonnée/Théorie du Comportement Planifié) développé par Ajzen et ses collègues (Ajzen & Fishbein, 1980, 2000). Ce modèle TAR/TCP connaît des applications dans des domaines extraordinairement vastes (santé, éducation, management, marketing, sport, etc.). Dans une première version, la Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) proposait de prédire les intentions et le comportement sur la base de deux variables principales : les attitudes envers le comportement (croyances comportementales), et les normes subjectives (croyances relatives aux attentes normatives des autres personnes). Reprenons l'exemple cité plus haut. On peut supposer que l'intention de prendre un apéritif alcoolisé, plutôt qu'un soda ou un jus de fruit, est déterminée en partie par des attitudes positives (mesurées en termes d'attentes et de valeurs positives à l'égard de la consommation d'alcool), et de normes subjectives (le fait que les gens, que je considère importants pour moi, jugent plus raisonnable de rester sobre). Toutefois, de nombreux comportements dépendent de facteurs qui ne sont pas d'ordre intentionnel. Le modèle du comportement planifié (TCP) introduit donc le *contrôle perçu* comme susceptible de changer à la fois l'intention comportementale et le comportement lui-même. Pour reprendre l'exemple précédent, un trop grand sentiment de ne pouvoir s'arrêter à temps, ou d'être entraîné par ses camarades (conscience élevée d'un faible contrôle perçu) pourrait ainsi amener à choisir une boisson qui ne soit pas alcoolisée.

Le construit d'auto-efficacité a très tôt été convoqué pour compléter ce modèle. Après plusieurs années de discussions, la nécessité de séparer conceptuellement et opérationnellement contrôle perçu et auto-efficacité s'est imposée. Ajzen (2002) a finalement suggéré d'introduire l'auto-efficacité dans le modèle. Après une étude extensive de la littérature, il conclut que le contrôle comportemental perçu présente une structure hiérarchique et doit être mesuré sous deux angles distincts : les croyances relatives à la *contrôlabilité du comportement* et les croyances relatives à *l'auto-efficacité*. L'auto-efficacité est alors posée comme une variable indépendante qui influence directement les intentions et les

comportements (cf. figure 1). Dans ces modèles, il est courant, mais non systématique, que l'auto-efficacité se distingue favorablement du contrôle perçu. Par exemple, l'auto-efficacité à perdre du poids permet une prédiction de 10% contre 1% par rapport au contrôle perçu (cité par Conner & Armitage, 2002).

2.1.2. Un modèle spécialisé : Le domaine de l'exposition au risque et à la préservation de la santé a suscité de nombreux modèles. Parmi eux la *Théorie de la Motivation à la Protection* (TMP ; Neuwirth, Dunwoody & Griffin, 2000 ; Rippetoe & Rogers, 1987 ; Rogers, 1983 ; Rogers & Mewborn, 1976). Comme précédemment, le concept d'auto-efficacité s'est vu attribuer un effet direct sur l'intention/but et sur la modification du comportement de santé (voir figure 1). Cependant d'autres composantes sont associées au modèle dont nous précisons les rôles et fonctions. Nous pourrions alors nous interroger sur les parts respectives que ces différentes variables, y compris l'auto-efficacité, prennent dans la régulation de l'intention.

La TMP est historiquement associée aux travaux sur l'impact de l'appel à la peur pour susciter des changements de comportements : la peur amènerait les individus à se protéger. Avoir l'intention d'adopter un comportement de santé dépendrait de l'appréciation de la menace encourue soit à ne pas adopter de comportement favorable à la santé en termes de prévention (e.g., se brosser les dents, utiliser un préservatif), soit à ne pas adopter un comportement de détection (e.g., test du VIH, autopalpation mammaire dans le cadre de la prévention du cancer du sein). Selon le cadre expectation/valeur, la menace perçue vient du sentiment de « vulnérabilité » (i.e., probabilité perçue d'avoir un problème de santé parce que l'on fume) et de la « gravité » perçue des conséquences d'un problème de santé (e.g., cancer). L'appréciation de la menace consiste donc à prendre en considération son propre comportement actuel et à évaluer si la menace pour sa santé est suffisamment importante pour devoir agir. Cependant, la menace associée au risque de santé, et la peur qu'elle suscite (i.e., peur d'avoir un cancer), entraînent souvent des stratégies de déni ou de minimisation du risque perçu pour soi. Dans ce cadre, il arrive très souvent que le risque soit apprécié de manière auto-avantageuse : autrui est plus exposé que moi-même au risque. Cet Optimisme Comparatif permet de se rassurer quant à son statut de santé (pour une revue voir Milhabet, Desrichard & Verlhac, 2002). Consécutivement, il apparaît moins utile et urgent d'adopter un comportement de santé. La menace perçue, notamment quand elle est trop

importante, n'est donc pas toujours suffisante pour l'adoption d'un comportement de santé.

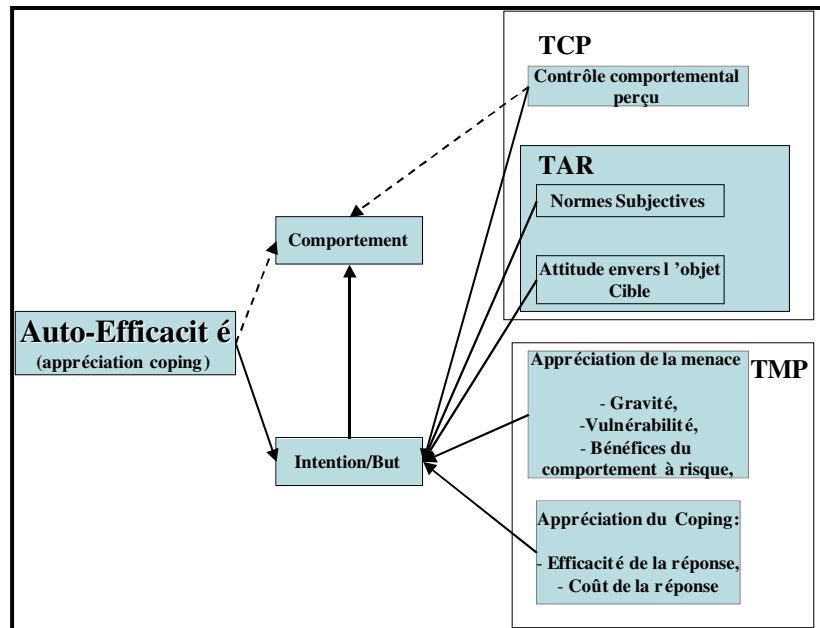


Figure 1 : L'auto-efficacité comme variable indépendante ou variable exogène utilisée dans les modèles TAR/TCP (théorie de l'action raisonnée/théorie de l'action planifiée) et TMP (théorie de la motivation à la protection). Les autres composantes des différents modèles sont présentées⁴⁴.

L'auto-efficacité est intégrée dans le modèle comme participant aux ressources pour faire face au danger (*coping*). La motivation ou l'intention d'adopter un comportement de santé dépend de l'appréciation qu'une personne fera de ses ressources disponibles pour faire face à la menace (appréciation du coping). À côté du sentiment d'auto-efficacité (i.e., capacité perçue ou confiance en ses capacités à adopter un comportement de santé spécifique), deux autres éléments sont pris en compte : le coût de la réponse et l'efficacité

⁴⁴ Le caractère hypothétique de la relation entre comportement et contrôle comportemental, ainsi que le peu d'études qui abordent le cas du comportement lui-même, expliquent l'usage d'une ligne discontinue reliant ces deux concepts entre eux.

de la réponse (i.e., efficacité perçue des recommandations et des moyens mis à disposition des individus pour les aider à modifier leurs comportements de santé). Les coûts associés au comportement de santé et par exemple les plaisirs ou avantages importants d'une activité nocive pour la santé entravent véritablement le changement comportemental. Par exemple, une étude des activités sexuelles à risque d'adolescents écossais (e.g., Abraham, Sheeran, Spears & Abrams, 1992) révèle que leur intention d'utiliser des préservatifs dépend largement des croyances ou barrières sociales qu'ils associent à leur usage (i.e., réduction du plaisir, peur d'utiliser, refus de l'autre). Les deux dernières composantes (i.e., efficacité de la réponse et auto-efficacité) permettent de pallier, voire de lever les effets néfastes de ces barrières et contraintes (i.e., coût de la réponse) ou de minimiser les effets délétères de la peur sur l'adoption de comportements de santé. En effet, les résultats observés à propos de ce modèle ont souvent permis de constater que les deux composantes de l'efficacité étaient les prédicteurs les plus directs de l'intention/but. Pour prendre une illustration, réduire la quantité de matières grasses dans son alimentation peut être considéré comme un moyen efficace de ne pas prendre de poids et d'éviter une attaque cardiaque. Cependant, adopter un nouveau régime alimentaire demande un effort important pour rompre avec ses habitudes alimentaires. La motivation à se protéger et à suivre un régime alimentaire dépendra largement du sentiment que la personne aura de pouvoir adopter des comportements alimentaires spécifiques adaptés et d'en surmonter les contraintes ou les inconvénients. Dans le cas contraire, elle ne le fera pas ou n'envisagera même pas l'idée de le faire (e.g., Conner & Armitage, 2002). Ces propos peuvent être également mieux compris si l'on considère le recensement que Neuwirth, Dunwoody et Griffin (2000) ont réalisé à propos des effets des différentes composantes de la TMP (i.e., probabilité du risque, gravité, peur associée à la menace, efficacité de la réponse, auto-efficacité) dans la modification de l'intention/but. Ces composantes ont des effets directs et séparés, des effets d'interaction de premier ordre (entre deux variables) de deuxième ou de troisième ordre (respectivement entre trois et quatre variables). Dans certains cas, l'auto-efficacité est impliquée comme facteur principal ou en interaction, voire pas du tout dans la prédiction de l'intention/but des sujets. La variabilité du type de comportement de santé étudié (e.g., port de lunettes de protection du soleil, crème de soleil, arrêt du tabac, test médical, autopalpation mammaire, utilisation de préservatifs), peut expliquer l'inégale participation de l'auto-efficacité (et des autres variables) dans la prédiction de l'intention/but. Plus spécifiquement, et pour illustrer notre propos, l'auto-efficacité pourrait avoir un poids négligeable dans le cas de la réalisation de comportements de

santé peu coûteux et peu difficiles à réaliser (porter des lunettes de soleil) alors que cela ne serait plus le cas pour des comportements de santé plus difficiles à mettre en œuvre (faire de l'exercice physique). Il convient donc de dire à propos de la régulation de l'intention, d'une part que les variables identifiées par le modèle TMP sont discriminantes, d'autre part, que la variabilité des contextes de santé étudiés en affecte les poids et rôles respectifs.

2.2. L'auto-efficacité comme variable intermédiaire

D'autres modèles ont pris en compte l'auto-efficacité de manière plus complète et plus centrale. L'auto-efficacité est posée comme susceptible d'être sous l'influence d'autres facteurs, en particulier comme suggéré par Bandura l'attente de résultats de l'action. L'approche des processus d'action de santé va dans le sens de cette suggestion et approfondit le rôle de l'auto-efficacité à toutes les phases relatives à la modification de l'intention et de son implémentation en termes d'action.

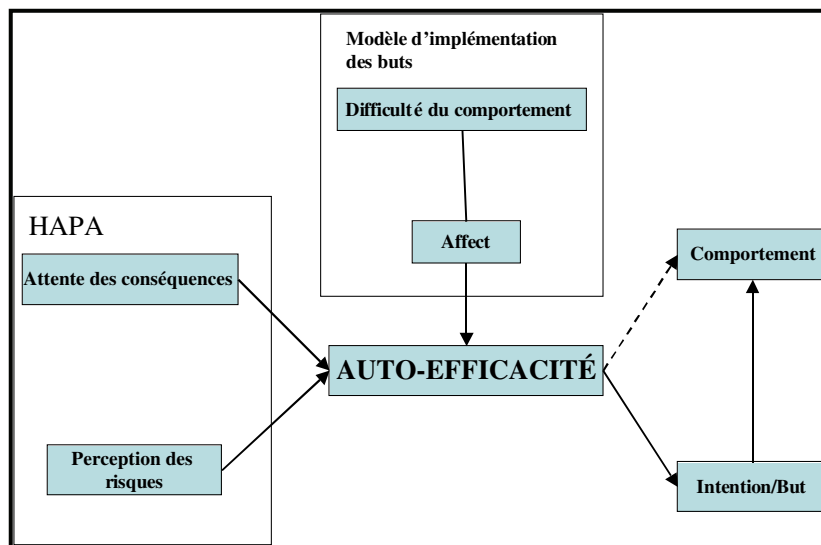


Figure 2 : L'auto-efficacité comme variable médiatrice ou intermédiaire : exemple d'application dans le domaine de la santé avec les modèles d'Implémentation des buts (Bagozzi & Edwards, 2000) et l'Approche des Processus d'Action de Santé (Schwarzer & Fuchs, 1995, 1996).

2.2.1. *L'approche des*

processus d'action de santé : HAPA

L'Approche des Processus d'Action de Santé de Schwarzer et Fuchs (HAPA : Health Action Process Approach, 1995, 1996) a donné une place médiatrice à l'auto-efficacité. Celle-ci intervient entre d'un côté la perception des risques (i.e., menace) et les attentes de résultat, et de l'autre l'intention/but (cf. figure 2). La perception des risques et les attentes de résultats du comportement de santé interviennent dans les premières phases qui fixent la motivation au changement. Les individus évaluent ainsi leurs chances de réussite personnelle selon le pour et le contre des conséquences d'un changement de leurs comportements. Dans un premier temps, l'évaluation des conséquences d'un changement est tout d'abord indépendante des capacités perçues, et porte plutôt sur la possibilité d'un changement et de sa réussite (i.e., contrôle perçu : perdre du poids n'est pas un pari impossible). Dans un second temps, les individus s'interrogent sur leur capacité personnelle à modifier leurs comportements de santé dans le sens de l'objectif qu'ils souhaitent se fixer (i.e., si c'est possible, suis-je capable de modifier mon régime alimentaire et de le suivre?). Cette dernière phase conditionne la prise de décision. Le modèle HAPA complète les approches précédentes (TAR, TCP, TMP) en prenant en considération les antécédents immédiats de la phase d'action ou d'implémentation de l'intention (i.e., comment mettre en œuvre ou maintenir des comportements de santé).

2.2.2. *L'implémentation de l'intention/but*

Une fois que l'intention/but des individus est fixée (par exemple : j'ai l'intention d'arrêter de fumer), la mise en œuvre du comportement de santé doit être planifiée et les moyens de résoudre les contraintes et barrières sont à circonscrire (i.e., où, quand, comment faire pour arrêter de fumer). Cette planification de l'action est d'ailleurs le pivot de l'intervention de professionnels de la santé qui aident les patients dans cette mise en œuvre. Il apparaît que le sentiment que les individus auront de pouvoir mettre en œuvre de tels programmes d'action jouera un rôle prépondérant dans la réussite définitive de leur projet. Ce sentiment joue son rôle tant au niveau du maintien dans le temps du comportement de santé que de son recouvrement en cas de rechute (e.g., reprendre le programme prévu pour le sevrage tabagique après avoir repris accidentellement la cigarette). Autrement dit, l'auto-efficacité intervient à tous les niveaux de l'implémentation de l'intention/but. Ce dernier point suggère que les apports bénéfiques de l'auto-efficacité sur la réussite de l'implémentation de l'intention/but dépendent également des conditions de

réalisation des buts. Bagozzi et Edwards (2000) ont exploré, auprès de jeunes femmes adultes, les effets des difficultés de réalisation d'un plan d'amincissement sur la relation entre leur auto-efficacité et l'atteinte de leurs objectifs (faire des exercices quotidiens, pratiquer des sports). Quand le programme a des conséquences affectives trop fortes (e.g., je déteste courir ou marcher) ou bien, quand les conditions de réalisation du comportement de santé sont trop difficiles et compromettent la réussite du projet (e.g., je termine tard les soirs, je m'occupe de mes enfants, c'est trop tard pour faire du sport), les effets bénéfiques de l'auto-efficacité sur l'atteinte des objectifs disparaissent. Autrement dit, pour les actes difficiles à implémenter le praticien se doit d'éviter de proposer un plan d'action qui dépasse les ressources dont disposent les individus.

3. Auto-efficacité et développement des campagnes de prévention : menaces et autorégulation

L'orientation pragmatique de la notion d'auto-efficacité est spécialement intéressante à considérer à propos de la mise au point de programmes d'actions relatifs à la prévention des risques, lesquels sont par définition intéressés à changer des comportements avec des conséquences à court ou long terme. Supposons que l'application des modèles précédents permette d'attester que l'auto-efficacité est un déterminant important du comportement dans un domaine délimité (comme prendre des mesures de protection). Le développement de l'auto-efficacité peut être un des buts principaux de telles campagnes comme elle est un critère de l'évaluation de leurs effets. Dès lors que les connaissances de base dans un domaine sont installées avec un degré de crédibilité suffisant, un programme d'action devra en effet viser à faire adopter effectivement le comportement intéressant. S'il est par exemple relativement facile de convaincre de l'intérêt d'utiliser du fil dentaire, une toute autre entreprise est de faire adopter effectivement son utilisation régulière. Y a-t-il des modes de présentation des messages, des contenus particuliers qui favorisent le développement de l'auto-efficacité ? De nombreux travaux suggèrent que la formulation des messages de prévention affecte le niveau d'auto-efficacité perçue des individus.

Le cadrage du message illustre ce problème. Un cadrage positif des messages consiste à exposer les opportunités et les avantages d'adopter les recommandations proposées dans le message (perspective de gains). Un cadrage négatif présente, en termes d'opportunités perdues, les inconvénients

d'un rejet de ces mêmes recommandations (perspective de pertes). Considérons dans un premier temps, les messages les plus anxiogènes comme ceux utilisant des images crues de maladies ou d'accidents. De tels messages pourraient avoir des conséquences néfastes quant à la mise en œuvre des comportements de prévention. L'individu serait alors préoccupé par le contrôle de la peur (réduction des affects négatifs, contrôle de la peur suscitée par le message) et moins par l'implémentation de stratégies de régulation effective de la menace (adoption de comportements efficaces). Toutefois de tels effets néfastes des communications persuasives sont atténués voire totalement renversés quand les personnes, assurées et convaincues de l'efficacité des recommandations, ont le sentiment d'une auto-efficacité élevée à modifier leurs comportements à risque (Girandola, 2000 ; Witte, 1998). Par exemple, dans l'une de leurs études, Block et Keller (1997) ont mis en évidence une interaction entre les effets de l'auto-efficacité et l'exposition à des photos illustrant des cancers de la peau. Dans un premier cas, les individus étaient exposés à des photos illustrant des cancers de la peau alors que, dans un second cas, ils ne l'étaient pas. Tous devaient lire des recommandations qui portaient sur les techniques d'auto-examen de la peau et sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire efficacement leur exposition au soleil. Ils évaluaient par la suite leur capacité à suivre les recommandations et à réduire leur risque d'avoir un cancer de la peau un jour. Il ressort que les personnes dotées d'un sentiment d'auto-efficacité élevé, en comparaison des personnes se sentant peu capables de se protéger, n'étaient pas affectées négativement par leur exposition à des images choquantes. Plus précisément, les images choquantes entraînaient davantage de réflexions personnelles positives et moins de réactions négatives parmi le premier groupe (forte auto-efficacité) en comparaison du second groupe (faible auto-efficacité). Les premiers auraient des ressources cognitives et motivationnelles suffisantes pour prendre en considération de façon approfondie le message sur la santé qui leur était fourni (contrôle du danger). Les seconds n'auraient pas de telles ressources et seraient davantage enclins à réguler les effets néfastes de la peur à laquelle ils étaient soumis (contrôle de la peur).

Si les résultats précédents valent pour des comportements de détection, les comportements de prévention appelleraient plutôt un cadrage positif. Le fait de souligner les gains d'un comportement de prévention permettrait aux individus de renforcer leur sentiment de contrôle de leur santé et leur auto-efficacité. Ainsi, c'est après lecture d'un message cadré positivement plutôt que négativement que les individus s'avèrent enclins à utiliser une protection solaire avec un indice de protection adapté (Rothman, Salovey, Antone, Keough &

Martin, 1993 ; Detweiler, Bedell, Salovey, Pronin & Rothman, 1999). On peut bien sûr envisager de combiner images fortes et cadrage positif. Verlhac et Chappé (2003) constatent que des fumeurs, exposés d'abord à des messages très menaçants (photos d'organes lésés) puis à un message cadré positivement, rehaussent d'une part leur niveau de contrôle perçu des risques liés à la tabagie et d'autre part leur intention de modifier leur comportement tabagique par rapport à des fumeurs exposés à un message cadré négativement. Toute la difficulté d'un message de prévention est donc de calibrer son contenu afin d'agir dans un sens positif sur l'auto-efficacité.

4. Auto-efficacité : un intérêt indéniable et quelques limites

En quelques pages, nous avons résumé l'apport important de l'auto-efficacité d'une part dans un cadre scientifique intéressé par la prédiction des comportements, et d'autre part dans un cadre d'action sur les comportements relatifs à l'exposition au risque et à la protection de la santé. Dans un domaine aussi difficile que celui-ci, il est indéniable que le construit d'auto-efficacité est un apport majeur. À quoi servirait-il de convaincre de l'importance de tel ou tel danger si l'individu n'était pas doté d'un sens minimal de sa propre efficacité personnelle à mettre en œuvre les actions destinées à réduire son risque d'exposition ?

Pour reprendre les catégories proposées par Geller (1998) dans le domaine des pratiques de promotion de la sécurité et de la santé, l'auto-efficacité est utile pour *définir* le domaine d'investigation, pour *observer* préalablement les comportements pertinents en jeu. L'intérêt des modèles que nous avons rapidement présentés est de placer l'auto-efficacité dans un contexte dans lequel elle est en concurrence avec d'autres déterminants du comportement. Même si, comme le souligne Bandura (2002), la portée théorique de ces modèles est modeste, ils permettent d'apprécier que l'auto-efficacité est en interaction avec d'autres facteurs. D'autant qu'au-delà des variables impliquées par ces modèles, d'autres composantes peuvent bien sûr augmenter le sens de l'auto-efficacité comme les habitudes, ou diminuer le sens de l'auto-efficacité (comme la complexité de la tâche à accomplir, Sue-Chan & Ong, 2002). Il arrive couramment que l'auto-efficacité ne soit pas ou peu pertinente pour tel ou tel problème. Comment pourrait-elle l'être également pour les questions de nature addictive (drogues illicites, tabac, alcool, surpoids), pour l'exposition excessive au soleil, pour les soins dentaires, la prévention des cancers, pour les excès de vitesse au volant quels que soient les individus considérés et les contextes impliqués. Les deux autres intérêts de l'auto-efficacité sont de contribuer à

proposer un cadre d'intervention approprié (modalités d'une campagne de prévention par exemple) et à tester les effets de cette intervention (l'auto-efficacité est un indicateur intéressant comme précurseur du comportement).

Il ne nous revient pas ici d'aborder extensivement les limites de l'auto-efficacité appliquée à la question de l'exposition au risque et à la protection de la santé. Le succès de l'auto-efficacité doit aussi à un climat de psychologie positive très ouvert aux applications à forte utilité sociale comme ici la santé publique. Pour autant dans ce domaine, les individus peuvent trouver un bénéfice à un faible sens de l'auto-efficacité. Tel se jugera incapable de se plier à un régime sans sel et justifiera ainsi une consommation dangereuse pour sa santé. Tel autre participera d'une vision du monde dans laquelle il préfère s'en remettre à un contrôle externe (État, médecine, magie, etc.) plutôt que d'agir lui-même comme agent autonome comme le prescrivent nos propres schémas culturels. D'autre part, des comportements non souhaitables pour la sécurité ou la santé (dépasser délibérément les limites de vitesse sur route, être capable de choisir le temps d'exposition aux UV susceptible d'aboutir à un degré de bronzage souhaité, etc.) impliquent eux-mêmes un sens de l'auto-efficacité qui n'est presque jamais mis à l'étude. Même si notre exposé impliquait des buts socialement désirables, gardons à l'esprit que l'auto-efficacité peut se mettre au service de tous les buts y compris les plus délétères à l'échelle de l'individu ou de la collectivité.

Références

- Abraham, C., Sheeran, P., Spears, R. & Abrams, D. (1992). Health beliefs and the promotion of HIV-preventive intentions among teenagers : a Scottish perspective. *Health Psychology, 11*, 369-370.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 32*, 1-20.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation : Reasoned and Automatic Processes. *European Review of Social Psychology, 11*, 1-33.l.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bagozzi, R.P. & Edwards, E.A. (1998). Goal-setting and goal-pursuit in the regulation of body weight. *Psychology and Health, 13*, 593-621.
- Bagozzi, R.P. & Edwards, E.A. (2000). Goal-striving and the implementation of goal intentions in the regulation of body weight. *Psychology and Health, 15*, 255-270.

- Bagozzi, R.P., Gürhan-Canli, Z. & Priester, J.R. (2003). *The social psychology of consumer behaviour*, Buckingham. UK : Open University Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (2002). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle* [tr. de *Self-efficacy : The exercise of control*, 1997]. Liège : De Boeck.
- Bandura, A. & Locke, E.A (2003). Negative self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Bulletin*, 84, 191-215.
- Block, L.G. & Keller, P.A. (1997). Effects of self-efficacy and vividness on the persuasiveness of health communication. *Journal of Consumer Psychology*, 6, 31-54.
- Conner, M.C. & Armitage, C.J. (2002). *The social psychology of food*. Buckingham, UK : Open University Press.
- Conner, M.C. & Norman, P. (1996). *Predicting health behavior : Research and practice with social cognition models*. Buckingham, UK : Open University Press.
- Detweiler, J.B., Bedell, B.T., Salovey, P., Pronin, E. & Rothman, A.J. (1999). Message framing and sunscreen use : Gain-framed messages motivate beach-goers. *Health Psychology*, 18, 189-196.
- Delhomme, P. & Meyer, T. (sous presse). Self-efficacy and risk taking among young drivers. In T. Rothengatter & R.D. Huguenin (Eds). *Traffic and Transport Psychology*. Amsterdam : Elsevier.
- Etter, J.-F., Bergman, M.M., Humair, J.-P. & Perneger, T.V. (2000). Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction*, 95, 901-913.
- Fishbein, M. (1997). Predicting, understanding and changing socially relevant behaviors : Lessons learned. In C. McGarty & S.A. Haslam, *The message of social psychology : Perspectives on mind in society* (pp. 78-91).
- Gaskill, P.J. & Woolfolk Hoy, A. (2002). Self-efficacy and self-regulated learning : The dynamic duo in school performance. In J. Aronson (Ed.), *Improving academic achievement : Impact of psychological factors on education* (pp. 186-212). New York : Academic Press.
- Geller, E.S. (1998). *The psychology of safety : how to improve behaviors and attitudes on the job*. New York : CRC Press.
- Girandola, F. (2000). Peur et persuasion : présentation des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture. *L'Année Psychologique*, 100, 333-376.
- Gist, M.E. & Mitchell, T.E. (1992). Self-efficacy : a theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review*, 17, 183-211.
- Koftera, M., Weary, G. & Sedek, G. (Eds.) (1998). *Personal control in action : cognitive and motivational mechanisms*. New York : Plenum Press.
- Milhabet, I., Desrichard, O. & Verlhac, J.F. (2002). Comparaison sociale et perception des risques : l'Optimisme Comparatif. In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule & J.-M. Monteil

- (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales VIII* (pp. 215-245). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Neuwirth, K., Dunwoody, S. & Griffin, R.J. (2000). Protection motivation and risk communication. *Risk Analysis*, 20, 721-734.
- Rippetoe, P.A. & Rogers, R.W. (1987). Effects of components of protection motivation theory on adaptative and maladaptative coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 596-604.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeal and attitude change : a revised theory of protection motivation. In P. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York : Guilford Press.
- Rogers, R.W. & Mewborn, C.R. (1976). Fear appeals and attitude change : effects of anxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 54-61.
- Rothman, A.J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K. & Martin, C. (1993). The influence of message framing on health behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 408-433.
- Stroebe, W. (2000). *Social Psychology and Health* (2^{nde} édition). Buckingham, UK : Open University Press.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors : The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 250-288). New-York : Cambridge University Press.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior : Research and practice with social cognition models* (pp. 163-1996). Buckingham, UK : Open University Press.
- Schwarzer, R., Müller, J. & Greensglass, E. (1999). Assessment of Perceived General Self-Efficacy on the Internet : Data collection in Cyberspace. *Anxiety, stress and coping*, 12, 145-161.
- Skinner, E.A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*. London : Sage.
- Sue-Chan, C. & Ong, M. (2002). Goal assignment and performance : assessing the mediating roles of goal commitment and self-efficacy and the moderating role of power distance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 89, 1140-1161.
- Verlhiac, J.F. & Chappé, J. (2003). *Vulnérabilité perçue et vivacité des messages de prévention : le poids des images*. Actes du 6^{ème} colloque International de Psychologie Sociale Appliquée (pp. 138-139). ADRIPS. Université Blaise Pascal.
- Witte, K. (1998). Fear as motivator, fear as inhibitor : using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures. In P.A. Andersen et L.K. Guerrero (Eds.), *Handbook of communication and emotion : Research, theory, applications, and contexts* (423-450). San Diego (CA) : Academic Press.
- Zani, B. (2002). Théories et modèles en Psychologie de la santé. In G.N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 21-71). Paris : Dunod.