

Université de Montréal

Conception et validation d'un instrument de mesure des  
croyances liées à l'utilisation du condom dans la prévention du VIH-SIDA  
en milieu militaire

Par

Rbaï Mohammed

Département de Médecine Préventive et Sociale

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de

Maître ès Sciences (M.Sc.)

en Santé Communautaire

Août, 2000

© Mohammed Rbaï, 2000



WA  
5  
U58  
2001  
V.001

Page d'identification du jury

Université de Montréal  
Faculté des Études Supérieures

Mémoire intitulé :

Conception et validation d'un instrument de mesure des  
croyances liées à l'utilisation du condom dans la prévention du VIH-SIDA  
en milieu militaire

Présenté par :

Mohammed Rbaï

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur :

Directeur de Recherche : Monsieur Pierre Philippe.

Co-Directrice : Madame Louise Potvin.

Membre du jury :

Mémoire accepté le : .....

**à ma mère et à mon père**

**à mon épouse** Nawal

**à mes enfants** : Aymane, Wajih et Ziad

**à mes frères et sœurs** et leurs enfants :

Fatima, Saadia, Abdellah, Hamid et Mina.

**à tous mes amis et collègues**

**à Sa Majesté le Roi Mohammed VI,**  
Chef suprême et Chef d'état Major Général des  
Forces Armées Royales

## Remerciements

Je remercie le Professeur Pierre Philippe pour avoir accepté de diriger ce travail et pour sa précieuse assistance et sa disponibilité sans limites.

Je remercie le Professeur Louise Potvin pour avoir accepté de co-diriger ce travail et pour m'avoir aidé tout au long de ce travail.

Je remercie Messieurs les professeurs Clément Dassa et Jean Lambert pour la qualité de leur enseignement qui m'a permis de mener à bien ce travail

Je remercie le Professeur Nejmi pour sa confiance en moi et pour le fait que sans lui je n'aurais jamais eu la possibilité de préparer cette maîtrise.

Je remercie tous les membres de la commission de lutte contre les MST-SIDA dans les FAR pour leur aide si précieuse.

Je remercie madame Suzanne Boivin et monsieur Lucien Albert pour leur aide

Je remercie;

Monsieur l'inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

Monsieur l'inspecteur des Forces Royales Air.

Monsieur le chef de la Direction Santé Air.

Messieurs les commandants des unités aériennes.

Monsieur le médecin chef du CEMPN.

Messieurs les confrères Médecin-chefs et médecins des unités aériennes consultées.

Tous les militaires qui ont bien voulu remplir notre questionnaire et leur encadrement.

Et

Monsieur l'ambassadeur de la Commission Européenne à Rabat.

## Sommaire

Ce travail avait pour objectif la conception et la validation d'un instrument de mesure des croyances liées à l'utilisation du condom dans la prévention du SIDA en milieu militaire. La recension des écrits nous a permis de définir le concept croyance et d'identifier ses principales dimensions conformément au modèle des croyances en santé (HBM) qui nous a paru adapté à notre recherche. Après génération des items et constitution d'une banque initiale d'items, nous avons entrepris de valider notre instrument de mesure auprès d'un échantillon représentatif de la collectivité militaire marocaine.

La validité de contenu a été établie après consultation de juges qui avaient été appelés à noter les items sur une échelle de 1 à 5 selon qu'ils reflètent ou non les cinq dimensions principales du HBM (sévérité perçue, susceptibilité perçue, barrières perçues, bénéfices perçus et auto efficacité). Ainsi nous n'avons retenu que 39 des 52 items initiaux du fait, soit de la valeur basse de l'indice de congruence item-objectif calculé, soit que l'item mesure plus d'une dimension. L'analyse d'items nous a permis, sur l'étude des indices de discrimination des items, d'éliminer les items faiblement discriminants.

Après réduction du nombre d'items à 31, l'analyse en composantes principales a mis en évidence 10 facteurs expliquant 64% de la variance totale. Après rotation oblique (oblimin directe) on a obtenu une structure factorielle superposable au modèle théorique initial.

La validité prédictive a été étudiée en vérifiant si les quatre sous-échelles de l'instrument de mesure des croyances (susceptibilité perçue, barrières perçues, bénéfices perçus et auto-efficacité perçue) étaient corrélées avec le score d'utilisation du condom. Quand à la valeur prédictive de l'échelle, elle a été explorée par des régressions linéaires avec les cinq dimensions du HBM comme variables indépendantes et le score d'utilisation du condom comme variable dépendante. Ce qui a révélé l'auto-efficacité perçue, les barrières perçues et les bénéfices perçus comme étant les meilleurs prédicteurs de l'utilisation du condom, conformément à la littérature, alors que la sévérité perçue s'est avérée être le plus mauvais prédicteur.

La fidélité de notre instrument, calculée par le coefficient de consistance interne (alpha de Cronbach), montre un alpha de Cronbach de 0,85 pour la version réduite à 31 items.

Nous pensons avoir obtenu un instrument valide et fiable en espérant que les possibles utilisations futures de cet instrument contribueront à confirmer ces conclusions.

## Table des matières

<i>Dédicaces</i>	<i>iii</i>
<i>Remerciements</i>	<i>v</i>
<i>Sommaire</i>	<i>vi</i>
<i>Table des matières</i>	<i>vii</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>x</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>xi</i>
<i>liste des abréviations</i>	<i>xii</i>
<i>liste des annexes</i>	<i>xiii</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>Première partie : ÉTAT DE LA QUESTION</i>	<i>4</i>
<b>LA PROBLÉMATIQUE DU SIDA</b>	<b>5</b>
<b>Rappel épidémiologique relatif à l'infection au VIH et au SIDA</b>	<b>5</b>
<b>Situation épidémiologique du VIH-SIDA</b>	<b>6</b>
<b>LES COMPORTEMENTS À RISQUE, LES CONCEPTS ET LES VARIABLES</b>	<b>7</b>
<b>Définition des concepts</b>	<b>7</b>
<b>Utilité de la mesure des croyances</b>	<b>8</b>
<b>CADRE THÉORIQUE</b>	<b>10</b>
<b>Cadre théorique général</b>	<b>10</b>
<b>Le "health belief model" (HBM)</b>	<b>12</b>
Sévérité perçue	<i>13</i>
Susceptibilité perçue	<i>15</i>
Barrières perçues	<i>17</i>
Bénéfices perçus	<i>17</i>
Auto-efficacité perçue	<i>18</i>
Les facilitateurs	<i>20</i>

Les variables contextuelles	20
<b>Les instruments de mesure</b>	22
<b>MODÈLE THÉORIQUE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE</b>	25
Modèle théorique	25
Hypothèses de recherche	25
<i>Deuxième partie : MÉTHODE</i>	26
<b>PARTICIPANTS</b>	27
<b>INSTRUMENT DE MESURE</b>	28
Développement d'un bassin d'items	28
Construction de l'échelle de mesure	31
<b>ANALYSES</b>	33
Étude de la fiabilité	33
Analyse d'items	33
Étude de la validité	33
Validité de contenu	34
Validité de construit	35
Validité de critère	37
<i>Troisième partie : RÉSULTATS</i>	39
<b>ÉTUDE DE LA VERSION COMPLÈTE DE L'ÉCHELLE</b>	39
<b>Fiabilité</b>	39
<b>Analyse d'items</b>	39
<b>Validité</b>	40
Validité de construit	40
<b>ÉTUDE DE LA VERSION RÉDUITE DE L'ÉCHELLE</b>	45
<b>Fiabilité</b>	45
<b>Validité</b>	45
Validité de construit	45
Validité de critère	49
Validité prédictive	51

<i>Quatrième partie : DISCUSSION</i>	54
<i>Conclusion</i>	62
<i>Références</i>	63
<i>Annexes</i>	68

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : liste originale des 52 items regroupés selon les principales dimensions du HBM.....	29
<b>Tableau 2</b> : caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.....	39
<b>Tableau 3</b> : structure factorielle de la version complète de l'échelle après rotation oblimin .....	41
<b>Tableau 4</b> : corrélations entre les 14 facteurs de la version complète de l'échelle.....	42
<b>Tableau 5</b> : comparaison de la structure factorielle de l'échelle complète avec les dimensions du HBM .....	43
<b>Tableau 6</b> : tableau incluant les items de la version longue, leur coefficient de saturation, leur score de communalité avec les 14 facteurs, leur corrélation avec le score total et leur indice de discrimination ... ..	44
<b>Tableau 7</b> : coefficients de stabilité temporelle des sous-échelles qui composent l'échelle réduite.....	45
<b>Tableau 8</b> : structure factorielle de l'échelle réduite après rotation oblimin.....	46
<b>Tableau 9</b> : corrélations entre les 10 facteurs de la versions réduite de l'échelle.....	47
<b>Tableau 10</b> : comparaison de la structure factorielle de la version réduite de l'échelle avec le modèle théorique initial.....	48
<b>Tableau 11</b> : introduction des variables contextuelles dans un modèle de régression prédisant l'utilisation du condom; indices bêta, loi T et degré de signification.....	50
<b>Tableau 12</b> : introduction des cinq sous-échelles dans un modèle de régression prédisant l'utilisation du condom; indices bêta, loi T et degré de signification.....	51
<b>Tableau 13</b> : régression linéaire ``pas à pas'' incluant, ensemble, les cinq dimensions du HBM en tant que variables indépendantes et le score utilisation du condom en tant que variable dépendante.....	51
<b>Tableau 14</b> : statistiques F et degrés de signification.....	52
<b>Tableau 15</b> : tableau incluant les items de la version réduite de l'échelle leur coefficient de saturation, leur score de communalité avec les 10 facteurs, leur corrélation avec le score total et leur indice de discrimination .....	53

### Liste des figures

**Figure 1** : modèle des croyances en santé ``Health Belief Model''.....21

**Figure 2** : version finale du modèle après étude de la fiabilité et de la validité...49

### Liste des abréviations

**ARN** : Acide désoxyribonucléique.

**FAR** : Forces Armées Royales.

**HBM** : health belief model = modèle des croyances en santé.

**IST** : Infections sexuellement transmissibles

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**VIH** : virus de l'immunodéficience humaine acquise.

**SIDA** : syndrome d'immunodéficience humaine acquise.

### Liste des annexes

<b>Annexe 1</b> : moyennes, écart-types et variances des items.....	68
<b>Annexe 2</b> : matrice générale de corrélation inter-items.....	69
<b>Annexe 3</b> : version complète du questionnaire .....	72
<b>Annexe 4</b> : version réduite du questionnaire.....	77
<b>Annexe 5</b> : les deux versions du questionnaire arabe, administré.....	80

## INTRODUCTION

Le Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est un groupe de maladies virales cosmopolites incurables dues à un rétrovirus appelé Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui est à l'origine d'une déficience immunitaire progressive d'évolution grave, toujours mortelle. Cette affection est devenue en deux décennies la maladie infectieuse la plus menaçante de l'histoire contemporaine avec 5,6 millions nouveaux cas en 1999 et 33,6 millions d'individus vivant avec le VIH-SIDA (ONUSIDA, 2000). De plus, le SIDA est classé, dans un grand nombre de pays, parmi les dix premières maladies en termes de prévalence, de morbidité et de mortalité chez les adultes de 24 à 45 ans (Di Clemente, 1994) et la tranche d'âge la plus touchée est celle située entre 20 et 24 ans (WHO/UNAIDS, 1998). Dans le milieu militaire marocain, au 31 décembre 1998, le SIDA touchait environ 1,9/10000 de la population militaire (Inspection du Service de Santé, 2000) contre 0,26/10000 dans la population générale marocaine (Ministère de la Santé, 1999).

Malgré les progrès réalisés dans le domaine médical, on n'a pas encore découvert de vaccin ni de traitement qui permettent d'éliminer le SIDA. Le fait même qu'il s'agisse d'une maladie transmissible par voie sexuelle et largement liée aux comportements sexuels a permis d'orienter la lutte vers la possibilité d'opérer des changements appropriés du comportement chez les individus (Di Clemente, 1994). En effet, le SIDA a attiré l'attention sur notre capacité, jusqu'ici "primitive", à décrire de façon globale, à comprendre et même à modifier effectivement certains comportements de base que ce soit à l'échelon collectif ou individuel. Parmi ces comportements, les chercheurs se sont intéressés aux comportements dits "à risque" qui exposent l'individu à l'infection par le

VIH et qui se manifestent lors de relations sexuelles. Dans ce cadre, la non-utilisation du condom est considérée comme un facteur de risque majeur du fait que, lors d'un rapport sexuel, le condom constitue une barrière mécanique efficace contre la transmission du VIH (Polacsek et coll., 1999). La lutte contre ce comportement à risque constitue donc le cheval de bataille de la plupart des actions de sensibilisation contre le VIH-SIDA.

Dans les Forces Armées Royales (F.A.R), quoique conscients du risque qu'ils courent en continuant à adopter des comportements à risque, les militaires ne semblent pas pour autant prêts à se soustraire à l'exposition au risque de contracter des maladies sexuellement transmissibles (MST), appelées aussi, infections sexuellement transmises (IST), dont le VIH-SIDA. En effet, malgré les campagnes médiatiques et la sensibilisation destinées autant à la population générale qu'à la collectivité militaire (émissions Radio et TV, journaux, conférences, sensibilisation des personnels dans les unités par les médecins), 15% des militaires seulement utilisent régulièrement le condom et l'incidence de ces maladies ne fait qu'augmenter (Nejmi et coll., 1996). Ceci dénote un échec des politiques de lutte telle qu'elles ont été menées, ce qui a poussé les autorités à mettre en place depuis trois années un nouveau programme de lutte contre les IST-SIDA axé sur la sensibilisation des militaires et de leur famille, contre les IST en général et le VIH-SIDA en particulier. La sensibilisation est organisée sous forme de séances d'éducation interpersonnelle que des militaires, issus des mêmes unités que ceux ciblés par l'action (pairs), dispensent.

L'évaluation de ce programme et de programmes d'éducation sanitaire similaires requiert l'utilisation d'instruments valides pour mieux mesurer leur impact (Basen-Enquist et coll., 1999). Dans le cadre de la présente étude, nous avons choisi de mesurer les

croyances des militaires liées à l'utilisation du condom dans la lutte contre le VIH-SIDA. Il s'agit de construire et de valider un instrument de mesure destiné à définir les déterminants de l'utilisation du condom, en terme de croyances, dans la population militaire. C'est en fait une recherche sur le développement d'instruments de mesure qui comporte, dans un premier temps, la conception et la réalisation de l'instrument de mesure et, dans un deuxième temps, la validation de cet instrument.

L'instrument que nous avons développé dans ce travail est destiné à être utilisé dans la collectivité militaire marocaine pour évaluer les croyances liées à l'utilisation du condom dans cette collectivité. Il va, de ce fait, intéresser un certain nombre d'acteurs à savoir : l'employeur (F.A.R), qui est l'initiateur du programme de lutte contre les IST-SIDA et les chercheurs conduisant des études similaires particulièrement dans le domaine de la prévention du VIH-SIDA.

*Première partie :*

***ETAT DE LA QUESTION***

## **LA PROBLÈMATIQUE DU SIDA :**

### **Rappel épidémiologique sur l'infection au VIH et le SIDA :**

Le VIH est un virus à ARN dont la structure inclut, d'une part, un CORE contenant l'ARN viral, une capsid et un enzyme spécifique qui facilite l'intégration de l'ARN dans la cellule hôte et la synthèse de nouvelles particules virales matures, et de l'autre, une enveloppe qui supporte deux glycoprotéines spécifiques ; la gp 110 et la gp 41. Le VIH infecte surtout les lymphocytes T4 et les cellules infectées seraient à l'origine d'une activation anormale de cellules intactes T4 et T8 induisant leur mort prématurée. En plus, certains cofacteurs dont essentiellement les IST, contribuent à l'activation du lymphocyte T4 et accélèrent le cours de la maladie et le passage de la séropositivité "asymptomatique" au SIDA, maladie "symptomatique".

Le VIH se transmet soit de façon directe par les sécrétions génitales au cours de rapports sexuels pénétrants avec une personne infectée ou encore par voie transplacentaire chez le nouveau-né de mère séropositive ou malade, soit de façon indirecte par voie sanguine, transfusionnelle, par toxicomanie intraveineuse ou par le biais de toute substance ou humeur infectée. La transmission sexuelle du VIH est favorisée au même titre que les autres IST, par la multiplicité des partenaires, la prostitution et par les mouvements de populations, alors que les transfusions de sang non contrôlé et la toxicomanie intraveineuse favorisent la transmission parentérale. Enfin, tout rapport sexuel, non protégé par l'utilisation du condom, avec une personne infectée par le VIH, est potentiellement infectant.

### **Situation épidémiologique du VIH-SIDA :**

Au Maroc, le premier cas de SIDA a été diagnostiqué en 1986 alors que le total des cas accumulés jusqu'au 31 décembre 1998 a atteint 658, soit 0,26 pour 10000 habitants, (Ministère de la Santé, 1999). L'OMS a estimé le nombre de cas de SIDA vivants (malades et séro-positifs inclus) à la fin de l'année 1997, tous âges confondus et pour les deux genres (hommes et femmes), à 5000 cas (WHO/UNAIDS, 1998).

Dans le milieu militaire marocain, le total des cas accumulés au 31 décembre 1998 est de 38 soit environ 1,9 pour 10000 (Inspection du Service de Santé, 2000). En comparant ces chiffres à la prévalence du VIH-SIDA dans la population générale on constate que les militaires sont bien à risque de VIH-SIDA par rapport à la population générale (7 fois plus atteints que les civils) et on comprend, par la même occasion, l'intérêt porté à la lutte contre les IST-VIH-SIDA dans cette collectivité.

L'enquête réalisée en 1996 par Nejmi et coll., auprès d'un échantillon aléatoire de 660 militaires marocains (Nejmi et coll., 1996) a révélé que 47% des militaires n'ont jamais utilisé le condom, que 52% déclarent l'avoir utilisé et que 15% seulement l'ont toujours utilisé. Par ailleurs, 40% des militaires interrogés ont reconnu l'utilité du condom dans la lutte contre les IST-SIDA, 84% se disent préoccupés par le danger du VIH-SIDA et 22% ont eu plusieurs partenaires. Enfin, les deux-tiers des répondants affirment que leurs partenaires refusent ou refuseraient qu'ils utilisent le condom sous prétexte qu'il réduit le plaisir, qu'il se déchire, qu'il n'est pas supporté par les partenaires ou qu'il est pris comme une insulte à leur égard. Ces chiffres justifient l'action de sensibilisation entreprise mais aussi l'évaluation des changements opérés en terme de croyances et de comportements.

## **LES COMPORTEMENTS À RISQUE, LES CONCEPTS ET LES VARIABLES:**

Le fait même que la transmission du VIH soit favorisée par un certain nombre de comportements à risque (non-utilisation du condom, multiplication des partenaires,...) justifie la focalisation de la lutte contre le SIDA sur le changement des comportements et, surtout, sur la réduction des comportements à risque qui sont fortement influencés par les croyances (Polacsek, 1999). Outre l'abstinence des rapports sexuels, l'utilisation du condom est la seule alternative pour la prévention du VIH aussi bien chez l'homme que chez la femme. Ainsi, nous avons décidé de nous intéresser aux comportements d'utilisation du condom dans la lutte contre le VIH-SIDA et d'en définir les déterminants en terme de croyances.

### **Définition des concepts:**

Une croyance est une inférence faite par un individu à propos d'un objet ou d'un sujet déterminé en se basant sur l'ensemble des informations que cet individu a sur l'objet de sa croyance. Elle reflète ses attentes, c'est-à-dire ce qu'il suppose être vrai ou ce qui va se passer au sujet (conviction) de cet objet (Rosenstock, 1974; Fishbein et Ajzen, 1975). Lorsqu'une personne dit ``je crois que...'', cette personne sait que ce qu'elle dit croire n'est pas l'exacte vérité du fait qu'il existe des raisons personnelles et sociales, conscientes et inconscientes, qui l'empêchent de dire ce qui est vraiment. L'ensemble des croyances constitue le système de croyances, qui est défini comme le regroupement chez l'individu, d'une multitude de croyances relatives à la réalité physique et sociale qu'il perçoit. Ce système est considéré comme une organisation de croyances qui varient dans

leur intensité et qui résultent de la vie dans la nature et en société. Les croyances permettent le maintien, le plus possible, d'un sens de soi, de l'identification au groupe, de la stabilité et de la continuité de l'individu (Rokeach, 1970). L'importance des croyances varie selon une dimension "centrale-périphérique" (en considérant tout le système des croyances). Plus une croyance est centrale, plus elle va résister au changement et plus elle a des répercussions sur les autres croyances du système de croyances (Rosenstock, 1974). Les croyances doivent donc être mesurées selon des procédures qui placent l'objet dans une dimension de probabilité subjective reliant un objet à un attribut. La relation entre des croyances et des probabilités subjectives a été incorporée à certains modèles de changement des comportements. Ces modèles permettent de prédire les changements des comportements selon des théories mathématiques probabilistes.

#### **Utilité de la mesure des croyances :**

A partir de l'observation directe ou de l'information provenant de sources externes ou par la voie de processus variés d'inférence, un individu forme un certain nombre de croyances sur un objet donné. Il associe l'objet de sa croyance à des attributs variés et arrive à former des croyances sur lui-même, sur les autres, sur les institutions, sur les comportements, et sur les événements.

Les conséquences possibles d'un comportement ne se produisent pas de façon certaine. En effet, des barrières physiques et/ou sociales peuvent éviter la survenue de ces conséquences. Dans le domaine du VIH-SIDA, on évoque le risque que l'individu soit contaminé par le VIH lors d'un rapport sexuel avec une personne infectée et la contamination reste une conséquence incertaine. Ceci fait que les décisions liées à

l'utilisation du condom pour se protéger des IST en général et du VIH en particulier, dépendent des croyances relatives à la survenue ou non de la contamination. Si la personne qui est sensée prendre une décision croit, sur une base "rationnelle" que les conséquences liées à un comportement donné vont avoir lieu alors sa croyance peut être évaluée par un chiffre (probabilité subjective) qui quantifie sa perception de la possibilité de survenue de cet événement (Savage, 1954). Le fait de croire qu'un événement est impossible sera représenté par une probabilité subjective égale à zéro, alors que le fait de croire qu'un événement va certainement se produire est représenté par une probabilité subjective égale à 1. Des positions intermédiaires peuvent être définies en fonction du degré de croyance de l'individu.

Les croyances liées à l'utilisation du condom sont fortement corrélées avec son utilisation effective, chez les adolescents (Hingson et coll., 1990), les adultes (Cates et coll., 1992), les hétérosexuels (CDC, 1988; Choi et coll., 1994) et chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse (Stall et coll., 1986). Lors d'une étude faite au moyen d'entrevues téléphoniques, menées dans 23 régions urbaines américaines, à forte prévalence du SIDA, Choi et coll. (1994) ont examiné les croyances relatives au condom dans un échantillon de 5331 adultes hétérosexuels âgés de 18 à 49 ans. Ils rapportent que : 4% des répondants admettait que l'usage du condom était une pratique non conforme aux valeurs sociales, 96% croyait que le condom protège contre le SIDA, 54% évoquait le risque de rupture du condom au cours du rapport sexuel et 41% pensait qu'il réduisait le plaisir sexuel. Par ailleurs, 37% pensaient qu'ils avaient peur de perdre la confiance de leur(s) partenaire(s) sexuel(s) s'ils leur suggéraient d'utiliser le condom, 35% disait être embarrassés d'aller

acheter le condom et 21% croyait que l'utilisation du condom allait les déranger. Le manque de confiance dans le condom était corrélé, dans cette étude, avec le genre masculin, la race noire ou hispanique et avec un faible niveau d'éducation. La croyance que le condom se déchire au cours des rapports sexuels était corrélée avec la race noire ou hispanique et le fait d'être marié ou plus âgé. Dans une étude canadienne, réalisée auprès d'étudiants au collège, MacDonald et coll. (1990) rapportent que les facteurs liés à la non-utilisation du condom sont, entre autres : l'embarras d'aller acheter le condom, les difficultés à discuter de l'utilisation du condom avec le partenaire, le bas niveau de connaissances en matière de IST-SIDA et la croyance que l'utilisation du condom interfère avec le plaisir sexuel.

## **CADRE THÉORIQUE :**

### **Cadre théorique général :**

La conception d'un instrument capable de fournir une mesure assez précise des croyances liées à l'utilisation du condom dans la lutte contre le VIH-SIDA, impose de recourir à un cadre théorique adapté à l'étude des croyances et de leurs rapports avec les comportements chez les individus. Parmi les théories utilisées pour l'étude et la prédiction du changement du comportement lié à la prévention du VIH-SIDA, on distingue cinq grandes familles (Leviton, 1989) : *les théories cognitives et de la prise de décision*, incluant la théorie de la communication relative au risque, le modèle des croyances en santé et la théorie de l'action raisonnée, *les théories de l'apprentissage* qui regroupent la théorie du conditionnement opérant, la théorie de l'apprentissage social et les sous-théories de l'auto-efficacité et de l'autorégulation, *les théories de la motivation*

*et de la stimulation émotionnelle*, comportant la théorie de la communication stimulée par la peur, la ``helplessness theory'' et la théorie des stratégies de réussite, *les théories des relations interpersonnelles*, incluant la théorie de l'influence sociale, la théorie de la réactance et la théorie du processus de groupe et enfin, *les théories de la communication et de la persuasion*.

Certaines de ces théories ont émergé spécialement pour expliquer le comportement lié à la santé alors que d'autres ont été adaptées de la psychologie clinique, sociale ou cognitive. Les théories cognitives, celles de l'apprentissage et celles de la motivation/émotion se situent à l'échelon individuel et peuvent être utilisées pour expliquer la réussite ou l'échec dans la réduction du risque, alors que les théories des relations interpersonnelles, celles de la communication et celles de la persuasion s'adressent aussi bien aux individus qu'aux populations et peuvent être utilisées pour expliquer pourquoi une partie ou la majorité d'une population change de comportement ou échoue à le faire.

Les théories cognitives (Kohler, 1925; Lewin, 1935; 1936; 1951; Lewin et coll., 1944; Tolmann, 1932) mettent l'accent sur le rôle des hypothèses subjectives ou attentes de l'individu. Dans cette perspective, le comportement est fonction de la valeur subjective qu'on donne au résultat de ce comportement et de la probabilité pour qu'une action ou un effet donné se produise. Les processus mentaux tels que réfléchir, raisonner, faire des hypothèses ou avoir des attentes, sont des composantes critiques de toutes les théories cognitives. Les théoriciens cognitifs croient que les renforcements ou conséquences du comportement sont importants et que les renforcements opèrent plus en influençant les

attentes (ou hypothèses) vis-à-vis de la situation qu'en influençant directement les comportements (Bandura, 1977).

Parmi les modèles cognitifs, le modèle des croyances en santé (health belief model = HBM) est connu pour sa capacité à expliquer et à prédire les comportements liés au SIDA (Brown et coll., 1991; Hingson et coll., 1990; Kirscht et Joseph, 1989; Montgomery et coll., 1989). C'est un modèle qui prend en considération les facteurs cognitifs tout en étant capable d'expliquer la variation dans les comportements liés à l'utilisation du condom. Le HBM admet que les croyances liées aux conséquences d'un comportement donné sont des prédicteurs de l'adoption de ce comportement (Vanlandingham, 1995). Il fournit un bon cadre pour examiner les déterminants de la prise de décision en matière de comportement sexuel en général et d'utilisation du condom en particulier. Nous l'avons donc retenu comme cadre théorique.

### **Le health belief model (HBM) :**

Le HBM est un modèle axé sur le résultat attendu du comportement. Ce résultat étant basé sur l'estimation, par l'individu, de sa susceptibilité (vulnérabilité) vis-à-vis de la maladie et de la sévérité de cette dernière. Mais aussi, sur son aptitude à pouvoir réduire le danger au moyen d'une action personnelle.

Le développement du HBM s'est fait à la lumière des succès limités de différents programmes de santé publique aux USA dans les années 1950. L'une des premières applications de ce modèle a eu lieu lorsqu'on a essayé d'expliquer la faible participation de la population adulte à un programme de dépistage de la tuberculose dispensé par les unités mobiles de radiologie disposées dans le voisinage immédiat des collectivités

(Rosenstock, 1974). Dans ce cadre, Hochbaum (1958) avait démontré que l'action de dépistage de la maladie est fortement associée à deux variables (interagissantes) à savoir, la susceptibilité perçue et les bénéfices perçus. Il a aussi démontré que la prédisposition à agir peut être potentialisée par d'autres facteurs, les ``cues'' (facilitateurs). Basés sur les travaux de Hochbaum, plusieurs travaux ultérieurs ont permis d'étendre et de clarifier le HBM pour lui permettre d'inclure les comportements liés aux actions préventives, les comportements liés à la maladie ainsi que le comportement dit du ``rôle de malade'' (Becker et Maiman, 1974; Becker et Joseph, 1980; Janz et Becker, 1984). Il est actuellement admis que les individus vont agir en réaction à un problème de santé ou encore pour contrôler des états de santé ou de maladie dès qu'ils se perçoivent comme vulnérables. Ils vont aussi agir s'ils croient que le fait d'entreprendre une action de santé va leur être bénéfique en réduisant aussi bien leur vulnérabilité perçue que la sévérité de la maladie. Ceci arrive aussi s'ils croient que les barrières (inconvenients) perçues ou anticipées ou ``coûts'' à l'entreprise de l'action de santé sont contrebalancées par les bénéfices.

Axé sur les croyances liées à la santé, le HBM comporte cinq dimensions principales (Rosenstock et coll., 1994): la sévérité perçue de la maladie, la susceptibilité (vulnérabilité) perçue, les barrières (inconvenients) perçues, les bénéfices perçus et l'auto-efficacité (confiance dans les suites d'une intervention).

#### Sévérité perçue :

C'est un ensemble de sentiments en rapport avec la perception du caractère sérieux de la maladie contractée (ou du fait de vivre avec la maladie non traitée). Ses sentiments sont

exprimés en se basant sur l'idée que cette maladie a des conséquences médicales et cliniques (mortalité, handicap, douleur) ainsi que des conséquences sociales possibles (effet de cet état sur le travail, sur la vie de famille et sur les relations sociales).

Les individus se basent sur leur perception et sur leur jugement pour décider d'entreprendre ou non une action préventive. Ils tendent toujours à sous-estimer le risque et pensent plutôt qu'ils sont invulnérables et que les conséquences négatives n'arrivent qu'aux autres. Il s'agit de l'optimisme non réaliste formulé par Weinstein (1980). En effet même si les gens admettent qu'il existe un risque lié à certaines pratiques, la situation change dès que cela s'applique à leur propre comportement. Gerrard et Warner (1991) avaient comparé l'estimation que les femmes militaires (marine américaine) ont de leur risque d'être infectées par le virus du SIDA avec l'incidence actuelle du VIH dans l'Armée. Ils ont conclu à l'existence d'un optimisme non réaliste des femmes. Ce dernier peut être exploré de différentes façons (Van Der Pligt, 1991) : soit en demandant aux individus de dire si leur risque d'avoir le VIH est très important ou très peu important sur une échelle à sept points, soit en leur demandant de dire à quel point ce risque est plus élevé ou moins élevé que celui des autres, soit encore en leur demandant de donner une estimation chiffrée de leur propre risque et du risque que courent les individus du même âge et du même genre qu'eux. On distingue six causes possibles de l'optimisme non réaliste : le contrôle perçu, les biais égocentriques, l'expérience personnelle, les croyances stéréotypées, le maintien de l'estime de soi et les réactions de défense (Weinstein, 1980; Van Der Velde et Van Der Pligt, 1991; Van Der Pligt, 1991; Bauman et Seigel, 1987; Maswanya et coll., 1999; Polacsek et coll., 1999; Montgomery et coll.,

1989). La susceptibilité perçue et la sévérité perçue sont groupées sous le terme ``danger perçu``.

#### Susceptibilité (vulnérabilité) perçue :

Cette dimension réfère en premier lieu à la perception subjective du risque d'avoir un problème de santé. Dans le cas d'une maladie médicalement établie, la dimension de susceptibilité perçue a été reformulée pour inclure l'acceptation du diagnostic, l'estimation personnelle d'une susceptibilité après guérison et la susceptibilité à la maladie en général. La perception de la vulnérabilité prédit le comportement lié à la santé (Becker et Coll., 1974; Cummings et coll., 1979; Kasl, 1975). Plus le degré d'optimisme est important plus les gens pensent qu'ils sont invulnérables. Ce qui agit négativement sur leur motivation à prendre des précautions. La vulnérabilité perçue est une dimension évolutive qu'on explore en tenant compte de la composante temporelle et des biais liés à l'optimisme. Pour intégrer la composante temporelle, deux approches peuvent être utilisées; soit qu'on est en possession de données sur le comportement antérieur des gens pour pouvoir comparer deux situations espacées dans le temps, soit qu'on est amené, si cette information n'est pas disponible, à concevoir des items qui font ressortir l'estimation du risque tout en assumant à la fois la présence et l'absence du comportement préventif. On peut ainsi, poser la question; ``Quelle est selon vous la probabilité que vous contractiez le VIH si vous continuez à avoir la même activité sexuelle et que vous utilisiez le condom?`` et ``quelle est selon vous la probabilité que vous contractiez le VIH si vous continuiez à avoir la même activité sexuelle mais sans que vous n'utilisiez le condom?`` (Gibbons et coll., 1991). Ce type de question permet de

contrôler la confusion potentielle entre le risque perçu et le comportement préventif concurrent (Montgomery et coll., 1989).

Les biais liés à l'optimisme sont évoqués lorsque les gens sous-estiment, et c'est généralement le cas, leur vulnérabilité à des événements négatifs liés à la santé (Perloff et Fetzer, 1986; Weinstein, 1980). Chez des femmes militaires de la marine américaine, Gerrard (1989) a démontré que la moyenne des scores du risque perçu de développer le VIH, est inférieure à l'incidence actuelle de l'infection à VIH. L'un des facteurs qui contribue le plus à ce biais d'optimisme est le fait que les gens tendent à croire qu'ils sont moins exposés que les autres au VIH. Une façon d'explorer ces faits est de demander aux gens d'exprimer leur vulnérabilité d'une part en tenant compte de leur histoire sexuelle (activité sexuelle passée) et d'autre part sans en tenir compte. Ceci permet de faire ressortir l'illusion d'invulnérabilité qu'on a lorsqu'on ne tient pas compte de l'histoire de notre propre activité sexuelle (Perloff et Fetzer, 1986). Gerrard et coll. (1991) ont exploré la vulnérabilité perçue par la question suivante : ``quelle est selon vous la probabilité que vous contractiez le VIH ?'' ; 1/1, 1/10, 1/100, 1/1000, 1/10000, 1/100000 sachant que la dernière probabilité (1/100000) signifie que le répondant estime que cela est extrêmement faible. Dans certains cas, on demande aux gens ``à quel point ils s'estiment susceptibles de contracter le virus du SIDA s'ils ne pratiquent pas de comportement préventif?'' au lieu de leur demander ``à quel point ils s'estiment susceptibles de contracter le virus du SIDA?''.

### Barrières (inconvénients) perçues :

Les aspects négatifs potentiels d'une action donnée ou barrières perçues vont agir comme des freins à l'adoption du comportement recommandé. L'individu s'engage dans une analyse coût-bénéfice en mettant en balance l'efficacité de l'action et la perception que l'action à entreprendre est coûteuse, déplaisante, dangereuse, porteuse d'inconvénients, etc.

Rosenstock et coll. (1994) décrivent cinq barrières à l'utilisation du condom : l'embarras causé par les pratiques sans risque, les implications morales de l'utilisation du condom, la satisfaction lors des pratiques sans risque et la tentation ou la difficulté d'arrêter les rapports sexuels avec plusieurs partenaires. Basen-Enquist et coll. (1999) ont utilisé six items pour explorer les barrières perçues à savoir : l'embarras à l'achat du condom, la gêne qu'on a lorsqu'on porte sur soi un condom, le fait de penser qu'avoir sur soi un condom signifie que l'on cherche délibérément à avoir des relations sexuelles, la gêne de devoir mettre le condom avant le rapport sexuel, l'embarras à l'utilisation du condom et, enfin, le souci que les rapports sexuels ne soient pas aussi bons si on utilise le condom.

### Bénéfices (avantages) perçus :

Le cours de l'action qui sera entreprise dépend des croyances liées à la capacité des diverses actions possibles à réduire le danger de la maladie. Ce sont les bénéfices perçus, attendus du fait d'entreprendre une action donnée. Ainsi, un individu qui croit en sa susceptibilité et dans la sévérité de la maladie à laquelle il est confronté, ne peut entreprendre aucune action de santé, même recommandée, s'il ne perçoit pas un avantage potentiel à son action.

Catania et coll. (1990) rapportent que les sentiments positifs de l'individu envers l'utilisation du condom sont liés au plaisir de son partenaire sexuel et que la perception que ce plaisir soit augmenté lorsqu'on utilise le condom distingue ceux qui l'utilisent de ceux qui ne l'utilisent pas. Par ailleurs, Polacsek et coll. (1999) ont exploré le construit de bénéfices perçus en utilisant quatre items qui sont : croire que le fait d'utiliser le condom puisse aider à consolider la relation entre les partenaires, croire qu'il est sage d'utiliser régulièrement le condom, croire que le fait d'utiliser le condom protège contre le SIDA, croire qu'on risque fort d'être contaminé par son partenaire habituel si on n'utilise pas de condom.

#### L'auto-efficacité perçue (confiance en son action)

Cette dimension a été décrite par Bandura en 1977 (Bandura, 1977), puis introduite par Rosenstock, Strecher et Becker en 1988 (Rosenstock et coll., 1988), dans le modèle de croyances en santé en vue d'en augmenter le pouvoir explicatif. En ce qui concerne le construit d'auto-efficacité et l'adoption de pratiques liées à la santé, Bandura décrit quatre composantes principales de ce construit, à savoir : le degré de support des pairs pour adopter une sexualité sans risque, l'habileté sociale à négocier un comportement sexuel protecteur, le degré d'estime de soi et l'auto-efficacité perçue (Bandura, 1994). Cette dernière consiste à être conscient qu'on est capable d'agir pour éliminer tout comportement à risque de VIH. L'auto-efficacité à négocier l'utilisation du condom prédit les comportements sans risque chez les adolescents (Jemmott, Jemmott et Fong, 1992) et chez les adultes (Oleary et coll., 1992). Alors que l'utilisation d'alcool et de drogues réduit l'habileté de l'individu à adhérer à des pratiques sexuelles sans risque. Basen-Enquist et coll. (1999) ont subdivisé le construit d'auto-efficacité en trois sous-

construits. Le premier se rapporte à l'auto-efficacité en communication qui comporte trois items : ne pas utiliser le condom lors des rapports sexuels avec son partenaire sexuel habituel et vouloir commencer à le faire, être sûr de pouvoir dire à une personne qu'on vient de connaître qu'on ne peut avoir de relations sexuelles avec elle sans condom et pouvoir dire à sa partenaire sexuelle que l'on veut utiliser le condom au même titre qu'elle utilise la pilule. Le deuxième sous-construit est celui d'auto-efficacité pour l'utilisation du condom. Il comporte, lui aussi, trois items : être sûr de savoir utiliser correctement ou pouvoir montrer à son partenaire comment utiliser un condom, être capable d'aller acheter un condom et être sûr d'avoir un condom sur soi quand on en a besoin. Le troisième sous-construit est celui d'auto-efficacité à refuser d'avoir des relations sexuelles, qui a été exploré également par trois items : pouvoir refuser d'avoir des relations sexuelles avec une personne qu'on vient de connaître tant qu'on ne se sent pas prêt à le faire, pouvoir refuser d'avoir des relations sexuelles avec son ami(e) tant qu'on ne se sent pas prêt à le faire, et pouvoir refuser d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire sexuel tant qu'il ou elle n'est pas d'accord pour l'utilisation du condom.

Polacsek et coll. (1999) ont utilisé le construit ``d'auto-efficacité avec le partenaire'' qu'ils ont traduit en trois items à savoir : être sûr de pouvoir utiliser le condom à chaque fois qu'on voudra le faire, croire qu'il sera plus facile de parler à son partenaire sexuel habituel de l'utilisation du condom et croire qu'il est facile de convaincre son partenaire habituel d'arrêter d'avoir des rapports sexuels sans utilisation du condom.

A ces cinq dimensions, viennent s'ajouter les facilitateurs ``cues to action'' et des variables contextuelles telles que les variables socio-démographiques.

### Les facilitateurs :

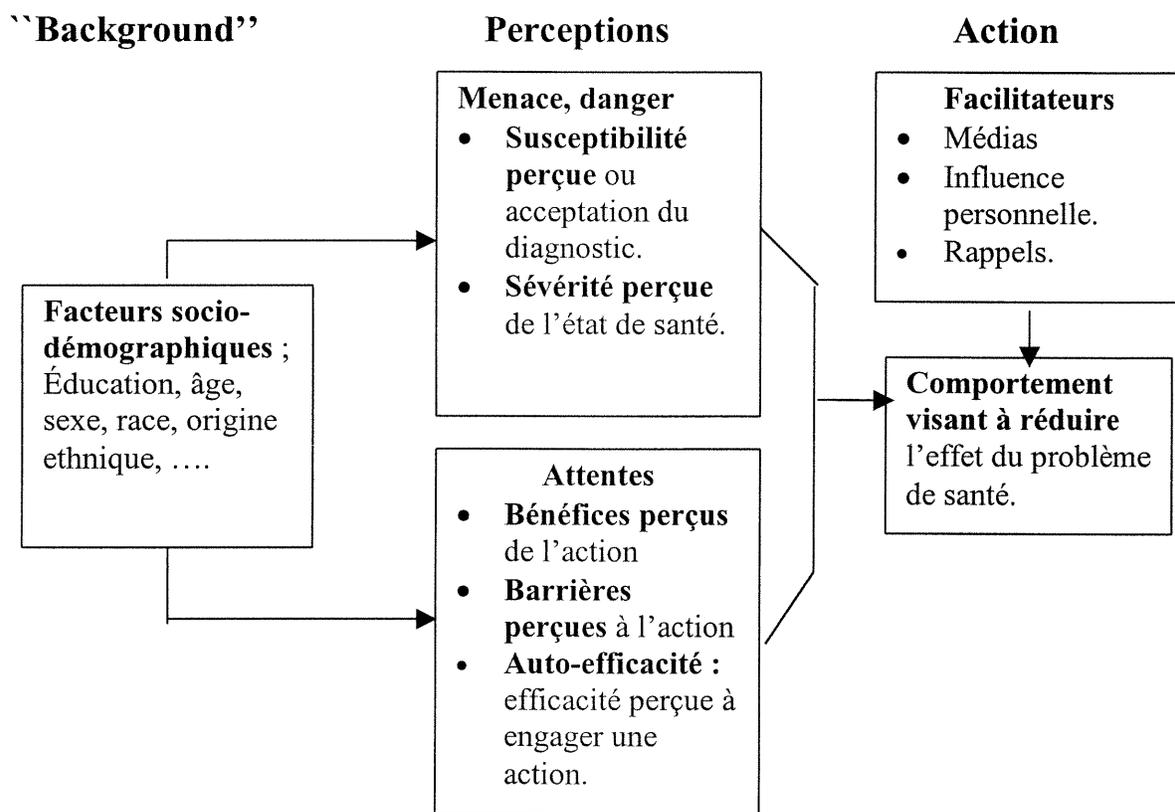
Dans le HBM, on admet que lorsqu'un problème de santé ou un danger pour la santé est important et que les bénéfices perçus dépassent les barrières perçues, les facilitateurs peuvent inciter l'individu à adopter ou à maintenir un comportement préventif dans le cadre du VIH-SIDA (comme dans le cadre d'autres maladies). Rosenstock (1974) disait que les facilitateurs sont nécessaires pour initier l'action. Hingson et coll. (1990) ainsi que Aspinwall et coll. (1991) les définissent comme les sources d'information sur le VIH-SIDA : médias, membres de la famille, professeurs, médecins, discussions avec les amis...

Les études consacrées au HBM n'ont que rarement introduit les facilitateurs parmi les variables étudiées, ce qui fait que cette dimension reste peu explorée.

### Les variables contextuelles :

Les variables socio-démographiques et psychosociales peuvent affecter la perception de l'individu et influencer directement les comportements liés à la santé. Spécialement, les facteurs socio-démographiques (Kirscht et Joseph, 1989) dont : l'âge, le genre, les connaissances et en particulier l'éducation. En effet, l'éducation a un effet indirect sur le comportement en influençant la perception qu'a l'individu de sa susceptibilité face au problème de santé, de la sévérité de ce problème, des bénéfices escomptés d'une action éventuelle pour traiter ce problème et, enfin, des barrières qui l'empêcheraient d'entreprendre cette action.

Le HBM incorpore toutes ces dimensions et variables et permet de faire le lien entre les croyances des individus et leur comportement en matière de santé (voir figure 1).



*Figure n° 1* : modèle des croyances en santé ``health belief model``.

### **Les instruments de mesure:**

Dans la domaine de la validation d'instruments de mesure explorant les croyances liées au risque de contracter le VIH et à l'utilisation du condom, Shah et coll. (1997) ont élaboré le "Sexual Risk Cognitions Questionnaire" (SRCQ). Les items constituant cet instrument sont tous axés sur les croyances et les jugements personnels liés à la non-utilisation du condom. Parmi les variables explorées, on distingue trois catégories : les variables démographiques dont l'âge, le genre, l'origine ethnique, le niveau d'éducation; l'orientation sexuelle, le statut sérologique vis-à-vis du VIH de l'individu et de son/ses partenaire(s) sexuel(s); et les variables liées au comportement sexuel qui portent sur le nombre de rapports sexuels pénétrants, le nombre de partenaires sexuels et le nombre d'occasions où ils ont pratiqué des rapports sexuels non protégés durant le dernier mois et durant les six derniers mois (pour avoir des points de comparaison de la fréquence des rapports non protégés).

Parmi les travaux publiés dans le domaine de la conception des instruments de mesure explorant les croyances liées au VIH-SIDA et particulièrement à l'utilisation du condom, Mac Nair et Simono (1996) ont mis au point le College Student Behavior Questionnaire (CSBQ) destiné à explorer les connaissances, les attitudes et les comportements spécifiques au VIH-SIDA et surtout les comportements à risque. Cet instrument est axé sur les comportements sexuels en tenant compte du statut de la relation entre partenaires et de l'utilisation du condom. Il comporte un certain nombre de sous-échelles qui incluent entre autres : la susceptibilité perçue (vulnérabilité perçue) ou croyance quant à la possibilité de contracter le VIH et les comportements liés au risque courant de contracter

le VIH (nombre de partenaires sexuels pendant l'année en cours, caractère attendu ou non de la rencontre avec le dernier partenaire, utilisation du condom et type de pratique sexuelle adopté : génital, oral ou anal). Dans une étude des perceptions et du comportement liés au risque de contracter le VIH dans un échantillon de 158 femmes afro-américaines à bas revenu, Kalichman et coll. (1996) ont exploré le risque perçu par trois items à savoir : à quel point ces femmes sont concernées par le fait que quelqu'un qu'elles connaissent ait le SIDA, à quel point elles se soucient du risque de contracter le VIH et, enfin, à quel point elles perçoivent le SIDA comme un problème grave. Les comportements sexuels furent explorés par : la fréquence des rapports sexuels avec et sans condom ainsi que par le type de rapports et le nombre de partenaires sexuels durant les deux dernières semaines. Dans une étude de la validité d'un instrument de mesure des déterminants psychosociaux du comportement à risque lié au VIH-SIDA, Basen-Enquist et coll. (1999) ont utilisé, entre autres, six items pour explorer les barrières perçues et six autres pour explorer l'auto-efficacité. Ils ont administré leur instrument à un échantillon de 7614 adolescents. La vérification du pouvoir discriminant de l'instrument entre les différents groupes a montré que les plus jeunes étudiants sont plus capables que les plus âgés de refuser d'avoir des relations sexuelles (scores d'auto-efficacité plus élevés).

Dans une étude des comportements à risque auprès d'un échantillon de mâles thaïlandais composé de militaires, de fonctionnaires et d'agriculteurs, Vanlandingham et coll. (1995) ont pu opérationnaliser les différentes dimensions du HBM. Le construit de sévérité perçue a été exploré par un item évoquant le caractère incurable du SIDA, celui de susceptibilité perçue par la croyance relative aux chances d'avoir le SIDA, celui de bénéfices perçus par la croyance liée au caractère protecteur du condom contre le VIH, celui des barrières

perçues par la croyance qu'on a ou pas du plaisir lorsqu'on utilise le condom au cours des rapports sexuels. Pour l'auto-efficacité, ils ont exploré la croyance liée à la facilité d'utilisation du condom.

Dans une étude des connaissances, des attitudes et des comportements liés aux MST-SIDA, Nejmi et coll. (1996) rapportent que : 28% des militaires interrogés ne pense pas que le condom est efficace contre le VIH, 51% pense que les militaires sont plus à risque que les civils du fait de leur éloignement de leur conjoint et de leur milieu habituel, 84 % est préoccupé par le danger du SIDA, 22% a plus d'un partenaire sexuel et 48% dit que leurs partenaires n'acceptent pas qu'ils utilisent le condom. Enfin, 77% a dit que l'arrivée du SIDA les a poussés à changer leur comportement sexuel et 24% a commencé, depuis, à utiliser le condom.

A partir de toutes ces informations, nous avons établi une banque d'items qui nous a permis de concevoir la version initiale de notre instrument que nous avons soumis à un processus de validation.

## **MODELE THEORIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.**

### **Modèle théorique :**

Notre cadre conceptuel est adapté du HBM dont nous avons tiré les cinq dimensions principales du concept de croyances liées à l'utilisation du condom dans la prévention du VIH-SIDA à savoir, la sévérité perçue, la susceptibilité perçue, les barrières perçues, les bénéfices perçus et l'auto-efficacité perçue. Ce cadre nous permet d'émettre des hypothèses et de vérifier, d'une part, les liens entre les croyances en tant que prédicteurs et l'utilisation effective du condom et, d'autre part, de déceler l'existence de liens entre les différentes dimensions du concept croyance.

### **Objectifs de l'étude :**

- Vérifier s'il existe une bonne corrélation entre les cinq dimensions du modèle théorique.
- Vérifier s'il existe une concordance satisfaisante entre les cinq dimensions du modèle théorique et la structure factorielle issue de l'étude empirique.
- Vérifier si les cinq dimensions du modèle théorique sont de bons prédicteurs de l'utilisation du condom.
- Vérifier si les items constituant l'instrument de mesure permettent de bien mesurer le concept de croyance et ses dimensions.
- S'assurer que l'instrument de mesure étudié est valide et fiable.

*Deuxième partie :*

***MÉTHODE***

Les données nécessaires pour la validation de l'instrument de mesure ont été colligées au cours d'une étude transversale effectuée durant la période du 13 mars au 15 avril 2000, auprès d'un échantillon de militaires tirés au sort dans quatre unités appartenant aux Forces Armées Royales (FAR). Ces unités, distinctes et éloignées géographiquement, représentent les différentes composantes de la collectivité militaire. Pour la collecte des données, j'ai assuré, personnellement, l'auto-administration du questionnaire, aux militaires tirés au sort, par groupes d'environ vingt personnes. Ces individus étaient conviés, après leur avoir assuré l'anonymat et expliqué le caractère volontaire de leur participation à la recherche, à remplir eux-mêmes le questionnaire. Sur les 400 participants, dix ne pouvaient pas répondre du fait qu'ils ne savaient pas écrire. Je les avais pris à part, un à un, pour remplir avec eux le questionnaire. Par ailleurs, nous avons demandé à une partie de l'échantillon (60 individus) de répondre à deux reprises au même questionnaire, à 4 semaines d'intervalle, afin d'estimer la stabilité temporelle de l'instrument de mesure (test-retest).

## **PARTICIPANTS :**

L'étude s'adresse à tous les militaires des F.A.R. Vu que les effectifs sont très importants et éparpillés sur l'ensemble du territoire et que l'armée est faite d'unités dont les missions, les conditions de travail et le mode de vie varient, nous avons opté pour l'échantillonnage aléatoire par grappes parmi tous les militaires. Il a été fait à plusieurs niveaux : armée (l'une des trois armées), garnisons (un échantillon représentatif des garnisons), unités (un échantillon représentatif des unités), compagnies (un échantillon représentatif de compagnies) et enfin nous avons procédé au tirage au sort des militaires sur les listes des compagnies. L'échantillon utilisé a été tiré au sort dans l'Armée de l'Air et sa taille est de

400 militaires, ce qui est suffisant pour pouvoir réaliser une analyse de la variance sachant que l'instrument à valider comporte 39 items. L'administration du questionnaire a été réalisée sur les lieux de travail. L'anonymat a été garanti au départ et tous les individus tirés au sort ont rempli complètement leur questionnaire (taux de réponse = 100%). Cet échantillon est constitué d'hommes adultes sachant que les femmes sont très faiblement représentées dans la collectivité militaire. Une comparaison de nos données avec celles de la collectivité militaire générale met en évidence une représentation conforme à la réalité, des personnes mariées (48,3 versus 50 %) et des célibataires (49,7 versus 50 %). Les caractéristiques socio-démographiques sont disponibles dans le tableau 1.

## **INSTRUMENT DE MESURE.**

La réalisation de l'instrument de mesure a été faite en trois étapes : développement d'un bassin d'items, construction de l'échelle et production du questionnaire.

### **Développement d'un bassin d'items :**

Le HBM nous a permis de décomposer le concept de croyance en cinq construits ou dimensions et la recension des écrits nous a aidé à définir pour chaque construit les sous-construits correspondants sachant, par exemple, que le construit d'auto-efficacité perçue ne peut être exploré qu'en le décomposant en sous-construits dont : l'auto-efficacité à se procurer le condom, l'auto-efficacité à utiliser le condom ou encore l'auto-efficacité à refuser d'avoir des rapports sexuels non protégés. Les sous-construits mis en évidence sont enfin opérationnalisés sous forme d'items puisés dans la revue de littérature. Ainsi, nous avons pu constituer une banque comportant 52 items que nous avons soumis au processus de validation.

**Tableau 1 :** liste originale de 52 items regroupés selon les dimensions principales du HBM.

Construit	Sous-construits	Items
<b>Sévérité perçue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle perçu</li> <li>• Croyances stéréotypées</li> <li>• Maintien de l'estime de soi</li> <li>• Réactions de défense</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croire qu'on ne risque jamais de rencontrer une personne atteinte de SIDA (*).</li> <li>• Croire qu'on doit discuter avec son partenaire sexuel des antécédents sexuels de ce dernier avant de décider d'adopter un comportement préventif.</li> <li>• Croire qu'on est capable de reconnaître une personne infectée par le VIH.</li> <li>• Croire que l'on peut reconnaître une personne atteinte de SIDA.</li> <li>• Croire que certains groupes de la population sont plus à risque.</li> <li>• Croire qu'on a moins de chances que les autres de contracter le VIH (*).</li> <li>• Croire que son propre mode de vie ou sa personnalité vous protègent du SIDA (*).</li> <li>• Dénie du risque de contracter le VIH (ne pas y penser) (*).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prise de conscience de la gravité de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croire que le SIDA est une maladie mortelle.</li> <li>• Croire que le SIDA est la maladie la plus grave de toutes les maladies qu'on connaît.</li> <li>• Croire que le SIDA ne peut être traité même si on en fait le diagnostic précoce.</li> <li>• Penser qu'on est une personne à haut risque de contracter le VIH (*).</li> <li>• Penser que ses camarades courent plus de risque que soi-même, de contracter le VIH (*).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• risque lié au partenaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croire que son partenaire sexuel habituel a déjà eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre (*).</li> <li>• Croire que son partenaire sexuel habituel a le SIDA (*).</li> <li>• Croire que son partenaire sexuel habituel a déjà eu des rapports sexuels en échange d'argent ou de drogue (*).</li> <li>• Croire que son partenaire habituel a d'autres partenaires sexuels que soi-même (*).</li> </ul>

Construit	Sous-construits	Items
<b>Susceptibilité perçue</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimation de la probabilité qu'on a de contracter le SIDA si on continue à avoir la même activité sexuelle et qu'on utilise le condom.</li> <li>• Estimation de la probabilité qu'on a de contracter le SIDA si on continue à avoir la même activité sexuelle et qu'on n'utilise pas le condom.</li> <li>• Accepter le diagnostic si jamais on découvre qu'on est séropositif.</li> <li>• Croire qu'on a moins de risque que les autres de contracter le VIH.</li> <li>• Croire que les militaires sont plus susceptibles que les civils au VIH.</li> </ul>

Construit	Sous-construits	Items
<b>Barrières perçues</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être embarrassé par les comportements préventifs en général.</li> <li>• Implications morales de l'utilisation du condom (atteinte aux valeurs sociales).</li> <li>• Embarras à l'utilisation du condom.</li> <li>• Tentation de ne pas utiliser le condom.</li> <li>• Difficulté de s'en tenir à un seul partenaire sexuel.</li> <li>• L'embarras à l'achat du condom.</li> <li>• Être gêné de porter sur soi un condom.</li> <li>• Croire que le fait d'avoir avec soi un condom signifie que l'on cherche délibérément à avoir des relations sexuelles.</li> <li>• Gêné de devoir s'arrêter pour mettre le condom avant le rapport sexuel.</li> <li>• Ne pas être satisfait de l'utilisation du condom.</li> <li>• Souci que le sexe ne sera pas aussi bon si on utilise le condom.</li> </ul>

Construit	Sous-construits	Items
<b>Auto- efficacité</b>	Auto-efficacité en communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croire que l'on peut dire à son partenaire sexuel habituel que l'on veut utiliser le condom .</li> <li>• Croire que l'on peut dire à quelqu'un qu'on vient de connaître, qu'on veut utiliser le condom.</li> <li>• Croire que l'on peut convaincre son partenaire habituel de ne plus avoir de rapports non protégés.</li> </ul>
	Auto-efficacité pour l'utilisation du condom.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir utiliser ou pouvoir montrer à son partenaire sexuel comment utiliser un condom.</li> <li>• Être capable d'aller acheter le condom (*).</li> <li>• Être sûr d'avoir le condom sur soi quand on en aura besoin.</li> <li>• Croire qu'on est capable d'utiliser le condom chaque fois qu'on décidera de le faire.</li> <li>• La consommation d'alcool ou de drogues (*).</li> </ul>
	Auto-efficacité à refuser d'avoir des relations sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être capable de refuser d'avoir des relations sexuelles avec quelqu'un qu'on vient de rencontrer même s'il vous plaît.</li> <li>• Être capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son partenaire sexuel habituel si on ne se sent pas prêt.</li> <li>• Être capable de refuser d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire sexuel s'il ne veut pas utiliser le condom.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Degré de support des pairs pour l'adoption des comportements sexuels protecteurs (*).</li> <li>• Croire que l'on est capable d'adopter des actions préventives pour réduire le risque.</li> </ul>

Construit	Sous-construits	Items
<b>Bénéfices perçus</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation du condom dérange son propre plaisir sexuel.</li> <li>• L'utilisation du condom dérange le plaisir sexuel chez son partenaire.</li> <li>• Le fait d'utiliser le condom peut améliorer la confiance entre les partenaires.</li> <li>• Croire qu'il est sage d'utiliser régulièrement le condom.</li> <li>• Croire que le fait d'utiliser le condom vous protège contre le SIDA.</li> <li>• Croire qu'on risque d'être contaminé par son partenaire habituel si on n'utilise pas de condom.</li> </ul>

(\*) = items non retenus après calcul de l'indice de congruence item-objectif et traitement des jugements des experts.

Les items générés, présentés plus haut, ont été soumis à la validation de contenu sur le calcul des indices de congruence item-objectif (Hambelton, 1980; Crocker et Algina, 1985). Les juges ont été sollicités, en plus, pour donner leur avis à propos de la formulation, de l'enchaînement, de la cohérence et du degré de clarté des items. Sur les 52 items étudiés, nous avons éliminé les items qui explorent plus d'une dimension (indice de congruence élevé pour deux ou plusieurs objectifs) et ceux qui présentent un faible

indice de congruence (items portant un astérisque, dans le tableau ci-dessus). Nous avons donc retenu 39 items pour la première formulation du questionnaire.

### **Construction de l'échelle de mesure :**

Les 39 items retenus ont été formulés sous forme de phrases que les répondants sont invités à lire (questionnaire auto-administré) pour dire si leur contenu concorde ou non avec ce qu'ils croient. Les réponses sont formulées sur une échelle de Likert qui est une échelle permettant de nuancer les réponses entre deux pôles opposés (Likert, 1932). Les répondants devaient cocher l'une des quatre réponses possibles selon les quatre catégories suivantes :

Totalement en accord, en accord, en désaccord, Totalement en désaccord

Les réponses à chaque item sont notées de 1 à 4. Le fait d'être fortement d'accord avec un item favorable est noté 4 alors qu'être totalement en désaccord avec ce même item favorable est noté 1. Le score est inversé pour les items non favorables (items; 2, 4, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25). Plus le score est élevé, plus la croyance est considérée comme favorable au port du condom. Tous les items ont été formulés sur une échelle à 4 niveaux sauf les items 8 et 9 (voir questionnaire; annexe 3) qui sont conçus sur une échelle à 6 niveaux pour mieux nuancer le niveau de risque perçu par les individus. Ainsi, le risque de contracter le SIDA, perçu par l'individu, est évalué en choisissant parmi les six propositions suivantes : 100%, 10%, 1%, 1/1000, 1/10000, 1/100000, ce dernier choix signifiant pratiquement le risque zéro .

En prévision de l'étude de la validité prédictive de notre instrument de mesure, nous avons introduit trois items relatifs à l'utilisation du condom. Ces items sont : l'utilisation

du condom durant les 6 derniers mois, l'utilisation du condom le mois dernier et l'utilisation du condom au cours du dernier rapport sexuel. L'échelle retenue dans ce cas, est une échelle à quatre niveaux : toujours, souvent, parfois, jamais. Pour la notation des réponses, celles-ci sont traduites en chiffres; 1, 2, 3 ou 4 selon que la réponse est favorable ou non (exemple, j'ai utilisé le condom au cours du mois passé; Souvent = 4, Parfois = 3, Rarement = 2, Jamais = 1). Le score issu de ces trois items reflète le niveau d'utilisation du condom.

A la fin de cette étape, la version finale du questionnaire à valider a été produite puis traduite en langue arabe. La traduction a été revue en collaboration avec deux experts en traduction et en psychométrie en insistant sur la conservation du sens des questions à la traduction inversée du français à la langue arabe. Ensuite, l'instrument a été administré à une trentaine de militaires randomisés dans une unité de la capitale (Rabat) pour vérifier si les items sont bien compris et pour contrôler les contraintes relatives au temps et à l'auto-administration. Une fois le questionnaire conçu et produit, nous avons procédé à son administration à un échantillon représentatif de la collectivité militaire soit 400 militaires de sexe masculin (vu la très faible représentativité des femmes) puis à une partie de cet échantillon, soit 60 individus, quatre semaines plus tard.

## **ANALYSES :**

Toutes les analyses que nous avons effectuées ont été réalisées avec le logiciel SPSS 7.0 sous Windows 95. Après codage et saisie des données, nous avons procédé aux calculs nécessaires pour documenter la fiabilité de notre instrument .

### **Étude de la fiabilité :**

Pour étudier la fiabilité, nous avons utilisé la consistance interne qui a été évaluée par le calcul de l'alpha de Cronbach. La norme ``minimale'' proposée pour l'alpha de Cronbach est de 0,70 (Nunnaly, 1970; Cronbach, 1951) alors que l'écart idéal se situe entre 0,70 et 0,85. Nous avons calculé les coefficients de consistance interne pour le test en entier puis pour les différentes dimensions du concept.

### **Analyse d'items :**

L'analyse d'items est un processus de sélection qui permet de retenir les items qui apportent le plus d'information. Parmi les indices qui peuvent aider à mieux sélectionner les items en fonction des objectifs d'évaluation, les plus importants sont : l'indice de difficulté, l'indice de discrimination, l'indice de fidélité et l'indice de validité. Nous avons choisi d'étudier l'indice de discrimination des items qui permet de définir le pouvoir discriminant des items (Laveault et coll., 1997).

Un item est considéré comme discriminant si la proportion des réponses positives à cet item est plus importante parmi les répondants ayant un score total élevé que chez les individus ayant un score total bas. L'indice de discrimination  $D$  est calculé par la formule;  $D = P_u - P_i$  , où  $P_u$  est la proportion des réponses positives parmi les répondants ayant le score total le plus élevé (1/3 des répondants) et  $P_i$  , la proportion des

réponses positives à l'item i parmi les répondants ayant le score total le plus bas (1/3 des répondants). Pour l'interprétation de l'indice de discrimination on procède comme suit :

- De 0,40 et plus, l'item discrimine très bien
- De 0,30 à 0,39, l'item discrimine bien.
- De 0,20 à 0,29, l'item discrimine peu.
- De 0,10 à 0,19, l'item est limite, à améliorer.
- Moins de 0,10, l'item est sans utilité réelle pour le test.

### **Étude de la validité :**

L'étude de la validité d'un instrument de mesure permet de s'assurer qu'il mesure bien le ou les concepts qu'il est sensé mesurer, c'est-à-dire de démontrer, dans notre cas, que l'instrument que nous avons développé mesure bien les croyances des militaires liées à l'utilisation du condom. Dans cette optique, nous nous sommes référés aux standards pour les tests en éducation et en psychologie, publiés conjointement en 1985 par l'American Psychological Association et l'American Educational Research Association, qui constituent une référence incontournable pour les spécialistes de la mesure. Ces standards distinguent trois types de validité : la validité de contenu, la validité de critère et la validité de construit.

### ***Validité de contenu :***

La validité de contenu d'un instrument de mesure consiste à évaluer dans quelle mesure les divers aspects de cet instrument sont représentatifs du concept visé par la mesure. Nous avons choisi de l'explorer en calculant l'indice de Hamblton modifié par Crocker et Algina (Hamblton, 1980; Crocker et Algina, 1985). Les items générés, présentés plus

haut, ont été soumis à un panel d'experts composé : d'un spécialiste en psychométrie (J1), d'un épidémiologiste spécialisé dans la lutte contre les IST et le SIDA (J2), et d'un spécialiste en communication (J3). Après avoir expliqué le cadre conceptuel et toute la méthodologie utilisée, nous avons demandé aux membres de ce panel de poser un jugement sur le degré de concordance de chacun des items avec chacune des dimensions du HBM. En vue de calculer l'indice de Hambelton (indice de congruence item-objectif), nous avons demandé à ces juges de noter les items sur une échelle de 1 à 5. L'item qui représente parfaitement une dimension donnée a été noté 5 alors que celui qui ne la représente pas du tout a été noté 1. Les juges ont été sollicités, en plus, pour donner leur avis à propos de la formulation, de l'enchaînement, de la cohérence et du degré de clarté des items. Sur les 52 items étudiés, nous avons éliminé les items qui explorent plus d'une dimension (indice de congruence élevé pour deux ou plusieurs objectifs) et ceux qui présentent un faible indice de congruence (items portant un astérisque, dans le tableau ci-dessus). Nous avons donc retenu 39 items pour la première formulation du questionnaire.

***Validité de construit :***

Cronbach (1970) définit la validité de construit comme l'analyse de la signification des résultats d'un test en rapport avec des concepts psychologiques ou "construits". Il affirme que chaque test présente un certain degré d' "impureté" et qu'il ne mesure que très rarement uniquement ce que son nom désigne. La validation du construit vise donc à vérifier si l'échelle mesure bien le construit tel que défini par le cadre théorique.

La validité de construit s'établit par l'accumulation des résultats scientifiques et sur les propriétés métriques de l'instrument. Elle peut être appréciée par la validité factorielle, la

validité concomitante, la validité nomologique (établissement d'un réseau nomologique entre variables, ce qui donne un sens à l'ensemble et renforce la validité), l'approche comparative et par l'analyse de la matrice multitrait-multiméthode (exploration d'un même facteur ou concept par des techniques différentes). Pour notre travail, nous avons retenu l'analyse factorielle exploratoire comme moyen pour documenter la validité de construit. En effet, l'analyse factorielle exploratoire permet de regrouper les variables en un nombre réduit de facteurs (groupement d'items relevant d'un même construit). Elle permet aussi, de définir des scores factoriels individuels relatifs aux croyances et de détecter les principales dimensions de l'instrument. Puisque le modèle des croyances en santé prévoit cinq dimensions principales et que le construit de croyance lié à l'utilisation du condom est un construit multidimensionnel, nous avons essayé de comparer la structure psychologique sous-jacente à ce construit (modèle théorique) avec les cinq sous-échelles de l'instrument de mesure.

Ainsi, nous avons prévu de soumettre notre instrument à l'analyse en composantes principales pour mettre en évidence les facteurs latents qu'il mesure. L'extraction de ces facteurs et l'élimination de ceux ayant des racines caractéristiques inférieures à 1,00 permettra de ressortir la structure psychologique latente explorée par notre instrument. L'étude des communalités des items avec ces facteurs va permettre de voir le pourcentage de la variance totale expliquée par chacun des facteurs et le pourcentage expliqué par l'ensemble des facteurs retenus. La pratique de rotations de type Oblimin ou Varimax permettra d'identifier le meilleur groupement des items relevant de chacun des facteurs. Ainsi, nous pourrons extraire la structure factorielle de l'instrument et la comparer au modèle théorique.

***Validité de critère :***

Pour documenter la validité de critère nous avons choisi d'étudier la validité concomitante de l'échelle en calculant les corrélations entre les cinq sous-échelles et le score du comportement d'utilisation du condom. Par ailleurs, la régression linéaire nous permet de voir si ces dimensions sont ou non des prédicteurs de l'utilisation du condom.

*Troisième partie :*

***RÉSULTATS***

Dans le but de documenter la fiabilité et la validité du questionnaire, nous avons analysé, dans un premier temps, les résultats obtenus pour l'échelle totale à 39 items, puis dans un deuxième temps, nous nous sommes limités aux 31 items retenus après analyse.

Nous présentons, ci-après, les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.

		<b>nombre</b>	<b>%</b>
<b>Age</b>	18-29	172	43,0
	30-39	201	50,3
	40-45	27	6,7
<b>Niveau d'éducation</b>	Néant	10	2,5
	Primaire	55	13,7
	Préparatoire	56	14,0
	Secondaire	215	53,8
	Université	64	16,0
<b>Situation matrimoniale</b>	Célibataires	193	48,3
	Mariés	199	49,7
	Divorcés	8	2,0
<b>Grade</b>	Homme de troupe	116	29,0
	Sous-officier	284	71,0

**Tableau 2** : caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.

## **ÉTUDE DE LA VERSION COMPLÈTE DE L'ÉCHELLE :**

### **Fiabilité :**

Les coefficients de consistance interne, calculés par l'alpha de Cronbach, sont respectivement de 0,33 / 0,50 / 0,70 / 0,70 et 0,74 pour les cinq sous-échelles (sévérité perçue, susceptibilité perçue, barrières perçues, bénéfices perçus et auto-efficacité perçue).

### **Analyse d'items :**

L'analyse d'items, basée sur le calcul de l'indice de discrimination D a permis d'identifier huit items pour lesquels l'indice de D est inférieur à 0,10. Les items ayant un indice D compris entre 0,10 et 0,20 ont été retenus pour éviter que certaines dimensions

ne soient pas représentées. C'est le cas de la sévérité perçue qui compte trois items ayant des indices D égaux à 0,13 , 0,11 et 0,19.

**Validité :**

***Validité de construit :***

L'analyse en composantes principales a mis en évidence 14 facteurs latents ayant des racines caractéristiques supérieures à 1,00. Les communalités des items avec ces facteurs, sont largement supérieures à 0,40 pour tous les items, sauf pour l'item 32 (voir tableau 6). Le premier facteur explique, à lui seul, 16,32 % de la variance totale alors qu'ensemble, les 14 facteurs expliquent 64,14 % de la variance.

Après rotation oblimin, nous avons obtenu un meilleur groupement des items relevant de chacun des facteurs (voir tableau 3).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
39	<b>0,71</b>	0,02	-0,01	0,04	-0,05	0,03	-0,02	-0,12	-0,02	-0,06	-0,01	-0,09	0,05	0,02
37	<b>0,69</b>	0,03	-0,05	0,05	-0,05	-0,18	0,12	0,09	0,06	0,03	-0,14	0,16	0,06	0,05
38	<b>0,63</b>	0,03	-0,11	0,10	0,12	0,11	-0,05	-0,16	0,09	-0,13	-0,08	0,02	-0,07	0,05
40	<b>0,50</b>	0,10	-0,05	0,01	0,04	0,13	0,39	-0,07	0,01	-0,03	0,28	-0,14	0,07	-0,14
43	<b>0,33</b>	0,06	0,07	-0,10	-0,27	-0,07	0,13	-0,03	0,07	-0,18	-0,26	0,15	-0,14	0,15
35	0,01	<b>0,83</b>	-0,04	0,02	0,03	0,06	-0,07	-0,03	0,02	-0,02	-0,10	0,03	-0,04	0,05
36	0,02	<b>0,81</b>	0,00	-0,02	0,02	-0,11	0,02	-0,03	0,06	0,04	-0,07	-0,16	-0,01	-0,03
34	-0,03	<b>0,73</b>	-0,05	-0,01	-0,03	0,06	0,07	-0,01	-0,07	-0,04	0,19	0,05	-0,05	-0,14
33	0,20	<b>0,37</b>	0,01	-0,01	-0,12	0,06	-0,06	-0,21	0,05	0,16	-0,31	0,12	0,01	0,02
17	0,11	0,07	<b>-0,79</b>	-0,01	-0,04	-0,08	-0,08	-0,02	0,02	-0,06	0,02	-0,02	-0,03	-0,01
16	-0,06	0,04	<b>-0,78</b>	-0,01	-0,01	0,04	-0,11	0,06	0,02	-0,8	-0,13	-0,04	0,02	0,03
18	-0,03	-0,05	<b>-0,74</b>	-0,02	0,03	-0,09	0,24	-0,03	-0,02	0,07	0,07	0,02	-0,01	-0,01
13	-0,01	-0,02	0,01	<b>0,86</b>	0,08	0,02	0,08	0,01	0,00	0,03	0,03	0,15	-0,10	0,02
15	0,14	-0,03	0,04	<b>0,83</b>	-0,10	0,02	-0,12	0,04	0,02	-0,07	-0,01	-0,09	0,04	-0,03
48	0,11	0,06	0,03	-0,01	<b>-0,79</b>	-0,01	0,09	0,05	0,02	0,09	-0,01	-0,09	0,03	-0,11
28	-0,12	-0,02	-0,14	0,03	<b>-0,65</b>	0,08	-0,14	-0,11	-0,07	-0,08	0,13	0,10	-0,05	0,07
49	-0,03	-0,02	-0,07	0,00	<b>-0,45</b>	0,15	0,20	-0,05	0,02	-0,26	-0,07	-0,24	-0,06	-0,04
25	0,21	0,09	0,05	0,02	0,14	<b>0,69</b>	-0,05	0,00	0,03	0,19	-0,04	0,11	0,13	0,07
24	-0,27	-0,04	-0,04	0,00	-0,07	<b>0,68</b>	0,08	-0,06	0,08	-0,20	-0,02	0,04	-0,09	-0,13
26	0,11	0,14	-0,08	0,10	0,06	<b>0,53</b>	0,00	-0,09	0,03	0,13	-0,15	-0,03	0,19	0,29
41	0,10	-0,05	-0,04	-0,07	0,02	0,00	<b>0,74</b>	0,00	0,08	0,14	-0,13	0,00	-0,10	0,02
42	0,08	-0,06	-0,10	-0,01	-0,01	0,15	<b>0,61</b>	-0,07	0,14	0,04	-0,16	-0,08	0,04	0,04
47	-0,08	0,16	0,04	0,07	-0,04	-0,15	<b>0,60</b>	-0,02	-0,09	-0,18	-0,03	0,25	0,19	0,15
30	0,07	0,04	-0,04	0,05	-0,03	0,10	0,06	<b>-0,77</b>	0,03	0,07	-0,04	-0,01	0,00	0,00
31	-0,10	0,12	0,05	-0,06	-0,04	-0,18	0,06	<b>-0,75</b>	-0,04	-0,07	-0,02	0,19	0,06	0,04
29	0,23	-0,01	-0,08	-0,02	0,01	0,21	-0,14	<b>0,62</b>	0,06	0,09	-0,09	0,03	-0,02	0,00
20	-0,10	0,06	0,00	0,02	-0,10	-0,01	-0,01	0,05	<b>0,89</b>	-0,06	0,06	0,05	0,04	0,01
19	0,04	-0,04	-0,01	0,01	0,10	0,02	0,12	-0,07	<b>0,84</b>	0,03	-0,03	-0,02	-0,05	-0,08
50	0,09	-0,01	-0,10	0,04	-0,23	0,02	0,05	-0,01	-0,11	<b>-0,62</b>	-0,15	0,04	0,08	-0,08
12	-0,09	0,03	0,05	0,06	-0,05	0,08	0,14	-0,07	-0,22	<b>0,61</b>	-0,03	-0,06	-0,08	-0,14
46	0,00	0,00	-0,01	0,04	0,04	0,02	0,09	0,02	0,04	0,02	<b>-0,81</b>	-0,02	0,07	-0,06
45	0,03	0,08	-0,03	-0,18	-0,02	0,04	0,09	-0,22	0,00	-0,07	<b>-0,62</b>	-0,05	0,02	0,02
44	0,05	0,05	-0,02	0,14	0,21	0,12	0,12	-0,14	-0,10	-0,31	<b>-0,47</b>	-0,19	-0,12	-0,20
32	0,03	-0,05	0,04	0,03	0,07	0,08	0,04	-0,19	0,03	-0,07	0,06	<b>0,80</b>	-0,06	-0,13
21	0,20	-0,13	0,03	-0,18	0,10	0,13	-0,03	-0,01	0,02	-0,25	0,01	-0,05	<b>0,66</b>	-0,10
14	-0,21	0,00	0,04	0,26	-0,02	-0,24	0,04	-0,29	0,07	0,09	0,03	-0,25	<b>0,54</b>	0,02
27	-0,07	0,20	-0,05	0,04	0,08	0,20	0,10	0,13	0,00	0,09	-0,19	0,36	<b>0,49</b>	0,06
23	0,05	-0,14	-0,05	-0,02	-0,04	-0,05	0,00	-0,04	-0,03	0,04	-0,01	-0,07	-0,04	<b>0,82</b>
22	-0,05	0,10	0,09	0,00	0,24	0,20	0,20	0,02	0,06	0,23	0,13	-0,11	-0,06	<b>0,53</b>

**Tableau 3 :** structure factorielle de la version complète de l'échelle, après rotation oblimin.

Dans le cadre de la démarche exploratoire, l'examen de la matrice de corrélations des 14 facteurs montre qu'ils sont corrélés entre eux, permettant leur groupement en familles de facteurs pour essayer d'obtenir une structure factorielle comparable au modèle théorique.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,00													
2	<b>0,14</b>	1,00												
3	-0,14	0,07	1,00											
4	0,01	0,05	<b>0,15</b>	1,00										
5	0,04	0,09	0,09	<b>0,09</b>	1,00									
6	0,16	<b>0,12</b>	-0,11	0,03	0,06	1,00								
7	0,16	0,13	-0,12	0,01	<b>0,12</b>	0,12	1,00							
8	-0,17	<b>-0,25</b>	0,10	-0,11	0,08	<b>-0,15</b>	-0,13	1,00						
9	0,13	0,01	0,06	-0,04	0,05	0,12	-0,04	-0,03	1,00					
10	0,09	0,05	-0,06	0,09	<b>0,10</b>	-0,10	<b>-0,11</b>	0,03	0,07	1,00				
11	-0,26	-0,18	0,15	0,01	<b>0,11</b>	-0,15	<b>-0,18</b>	0,27	0,08	<b>0,13</b>	1,00			
12	0,01	<b>0,15</b>	0,02	0,06	0,07	<b>0,11</b>	-0,01	<b>-0,13</b>	0,02	0,03	-0,05	1,00		
13	0,06	0,10	0,00	0,07	0,01	0,02	0,05	-0,08	<b>0,10</b>	-0,01	-0,07	0,03	1,00	
14	0,04	0,02	0,02	0,02	0,06	0,06	0,06	0,04	<b>0,14</b>	-0,01	-0,06	0,06	<b>0,10</b>	1,00

**Tableau 4** : corrélations entre les 14 facteurs de la version complète de l'échelle.  
(les corrélations entre facteurs ``voisins'', dans une même dimension, sont en gras)  
(en gras = corrélations significatives permettant de grouper les facteurs )

On constate alors que les facteurs 3 et 4 peuvent être groupés (voir tableaux 4 et 5) pour représenter la sévérité perçue, les facteurs 9, 13 et 14 pour représenter la susceptibilité perçue, les facteurs 2, 6, 8 et 12 pour représenter les barrières perçues, le facteur 1 pour représenter les bénéfices perçus et enfin, les facteurs 5, 7, 10 et 11 pour représenter l'auto-efficacité. Cependant, le facteur 10 comporte un item qui relève, selon le modèle théorique, de la sévérité perçue (item 01), le facteur 5, un item qui relève des barrières perçues (item 17), le facteur 13, deux items : l'un relevant de la sévérité perçue (item 03), et l'autre, (item 16), relevant des barrières perçues. D'où le constat que la structure factorielle obtenue ne concorde pas exactement avec le modèle théorique initial.

facteur	item	description du facteur	dimension du HBM
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SIDA maladie la plus dangereuse qu'on connaisse (06)</li> <li>• SIDA maladie mortelle (05)</li> <li>• SIDA incurable malgré diagnostic précoce (07).</li> </ul>	perception du danger	sévérité perçue
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pouvoir reconnaître une personne infectée de VIH (02).</li> <li>• pouvoir reconnaître une personne malade de SIDA (04).</li> </ul>	croyances stéréotypées	
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• probabilité d'être atteint si on ne change pas son comportement et qu'on utilise le condom. (09)</li> <li>• probabilité d'être atteint si on ne change pas son comportement et qu'on n'utilise pas le condom (08).</li> </ul>	probabilité qu'on a de contracter le VIH	susceptibilité perçue
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• accepter le résultat si on découvre qu'on est VIH+ (10).</li> <li>• être tenté de ne pas utiliser le condom (16).</li> <li>• croire que certains individus sont plus exposés que d'autres (03).</li> </ul>	perception du risque	
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• croire que les militaires sont plus exposés que les civils (12)</li> <li>• croire qu'on est soi-même exposé au VIH (11).</li> </ul>	susceptibilité personnelle et du groupe d'appartenance	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le condom m'empêche d'avoir du plaisir (24)</li> <li>• le condom empêche mon partenaire sexuel d'avoir du plaisir (25).</li> <li>• les relations sexuelles sont moins bonnes avec le condom (23).</li> <li>• je ne supporte pas de mettre un condom (22).</li> </ul>	réduction du plaisir	barrières perçues
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• être dérangé par l'utilisation du condom. (14)</li> <li>• ne pas supporter les comportements préventifs en général (13).</li> <li>• croire que le condom porte atteinte aux valeurs sociales (15).</li> </ul>	gêne à adopter le comportement d'utilisation du condom	
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ne pas supporter de mettre le condom (19).</li> <li>• croire que les autres pensent qu'avoir sur soi un condom signifie une recherche délibérée de rapports sexuels (20).</li> <li>• être gêné d'aller chercher le condom en pharmacie (18).</li> </ul>	barrières à se procurer le condom	
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ne pas pouvoir s'arrêter pour mettre un condom (21).</li> </ul>	gêne à l'utilisation du condom	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• croire que le condom protège contre le SIDA (28).</li> <li>• croire que le condom améliore la confiance entre les partenaires (26).</li> <li>• croire que l'utilisation du condom est un comportement sage (27).</li> <li>• croire que le condom évite d'être contaminé par son partenaire sexuel (29).</li> <li>• pouvoir convaincre le partenaire de pratiquer des relations sexuelles non protégées. (32)</li> </ul>		bénéfices perçus
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• être capable de refuser d'avoir des relations sexuelles avec un nouveau partenaire s'il ne veut pas qu'on utilise le condom (37).</li> <li>• être capable de refuser d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire sexuel habituel si on ne se sent pas prêt (38).</li> <li>• ne pas pouvoir se contenter d'un seul partenaire (17).</li> </ul>	capacité à refuser des relations sexuelles	auto-efficacité
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• être capable de dire à son partenaire sexuel habituel qu'on veut utiliser le condom (30).</li> <li>• être capable de dire à un nouveau partenaire sexuel qu'on veut utiliser le condom (31).</li> <li>• être capable de refuser d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire sexuel habituel s'il refuse qu'on utilise le condom (36).</li> </ul>	auto-efficacité en communication	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• croire qu'on est capable d'adopter des comportements préventifs si on sent qu'un danger menace sa santé (39).</li> <li>• penser qu'on doit discuter avec son partenaire sexuel potentiel de ses antécédents avant de décider s'il faut ou non utiliser le condom (01).</li> </ul>	capacité de prendre des décisions	
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• être capable d'utiliser le condom si on décide de le faire (35).</li> <li>• être capable de trouver un condom si on en a besoin (34).</li> <li>• savoir utiliser le condom (33).</li> </ul>	auto-efficacité à utiliser le condom	

**Tableau 5 :** comparaison de la structure factorielle de l'échelle complète avec les dimensions du HBM.

Items	Facteur auquel l'item est associé après rotation	Coefficient de saturation	Score de communalité avec les 14 facteurs	Corrélation item-total	Indice de discrimination
<b>01</b>	<b>10</b>	0,91	0,50	<b>0,03</b>	<b>-0,01</b>
<b>02</b>	<b>4</b>	0,86	0,73	<b>0,15</b>	<b>-0,01</b>
<b>03</b>	<b>13</b>	0,54	0,61	<b>0,13</b>	<b>0,06</b>
<b>04</b>	<b>4</b>	0,83	0,71	<b>0,15</b>	<b>0,06</b>
05	3	-0,78	0,68	0,24	0,13
06	3	-0,79	0,69	0,29	0,11
07	3	-0,74	0,57	0,15	0,19
08	9	0,84	0,78	0,33	-0,25
09	9	0,80	0,79	0,15	-0,16
<b>10</b>	<b>13</b>	0,66	0,55	<b>0,26</b>	<b>0,05</b>
11	14	0,53	0,55	0,15	0,80
12	14	0,82	0,67	0,07	-0,10
13	6	0,68	0,63	0,27	0,23
14	6	0,69	0,67	0,50	0,48
15	6	0,53	0,66	0,56	0,45
16	13	0,49	0,65	0,41	0,38
<b>17</b>	<b>5</b>	-0,65	0,54	<b>0,15</b>	<b>0,09</b>
18	8	0,62	0,59	0,55	0,52
19	8	-0,77	0,66	0,56	0,49
20	8	-0,75	0,64	0,38	0,41
<b>21</b>	<b>12</b>	0,80	0,64	<b>0,18</b>	<b>0,08</b>
22	2	0,37	0,58	0,60	0,57
23	2	0,73	0,54	0,25	0,20
24	2	0,83	0,75	0,47	0,43
25	2	0,81	0,66	0,41	0,20
26	1	0,69	0,61	0,48	0,43
27	1	0,63	0,62	0,56	0,30
28	1	0,71	0,61	0,51	0,34
29	1	0,50	0,54	0,44	0,32
30	7	0,74	0,64	0,42	0,32
31	7	0,61	0,63	0,56	0,33
<b>32</b>	<b>1</b>	<b>0,33</b>	<b>0,42</b>	<b>0,13</b>	<b>0,09</b>
33	11	-0,47	0,60	0,41	0,35
34	11	-0,62	0,62	0,56	0,59
35	11	-0,81	0,56	0,52	0,46
36	7	0,60	0,61	0,39	0,35
37	5	-0,79	0,48	0,28	0,30
38	5	-0,45	0,50	0,32	0,32
39	10	-0,62	0,56	0,33	0,10

**Tableau 6 :** tableau incluant les items de la version longue, leur coefficient de saturation, leur score de communalité avec les 14 facteurs, leur corrélation avec le score total et leur indice de discrimination.

Après examen des résultats obtenus, nous avons éliminé les items qui ont un faible indice de discrimination, ceux qui ont un faible coefficient de corrélation avec le score total (contribuent le moins au score total de l'échelle), ceux qui ne contribuent pas à l'homogénéité des facteurs et ceux qui ne contribuent pas à la cohérence du modèle théorique; items 01, 02, 03, 04, 10, 17, 21 et 32. Ce qui a réduit l'échelle à 31 items.

## **ÉTUDE DE LA VERSION RÉDUITE DE L'ÉCHELLE:**

### **Fiabilité :**

Les coefficients de consistance interne calculés par l'alpha de Cronbach sont, respectivement de 0,66 / 0,52 / 0,79 / 0,71 et 0,80 pour les cinq sous-échelles et 0,85 pour l'ensemble de l'échelle. En prenant en compte les deux administrations du questionnaire à quatre semaines d'intervalle (test-retest), les coefficients de stabilité temporelle pour les sous-échelles se situent entre 0,61 et 0,80.

	Corrélation de Pearson (test/retest)
Sévérité perçue	0,81*
Susceptibilité perçue	0,66*
Barrières perçues	0,61*
Bénéfices perçus	0,79*
Auto-efficacité	0,70*

**Tableau 7 :** coefficients de stabilité temporelle des sous-échelles qui composent l'échelle de mesure réduite. (\* corrélation significative à 0,05)

### **Validité :**

#### ***Validité de construit.***

L'analyse en composantes principales, faite sur les 31 items de l'échelle réduite, montre que toutes les communalités sont supérieures à 0,40. Elle a permis l'extraction de

10 facteurs (eigen values supérieurs à 1,00), sachant que le premier facteur explique, à lui seul, 19,6 % de la variance totale et que les 10 facteurs réunis, expliquent 62 % de la variance.

La rotation oblimin a révélé l'existence d'une structure multi-factorielle et permis l'individualisation des facteurs et des items qui les constituent.

items	FACTEURS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q19	<b>0,83</b>	-0,25	-0,14	0,08	0,06	0,21	0,27	-0,27	0,10	0,22
Q20	<b>0,74</b>	-0,29	-0,01	-0,04	-0,07	0,14	0,03	-0,1	0,11	0,12
Q18	<b>0,70</b>	-0,19	-0,22	0,13	0,03	0,01	0,38	-0,36	0,07	0,23
Q24	0,30	<b>-0,84</b>	-0,09	0,04	-0,09	0,10	0,17	-0,25	0,05	0,16
Q25	0,23	<b>-0,78</b>	-0,05	0,09	-0,05	0,13	0,18	-0,04	0,04	0,15
Q23	0,19	<b>-0,69</b>	-0,09	-0,12	0,18	0,06	0,01	-0,16	0,10	-0,09
Q22	0,51	<b>-0,57</b>	-0,13	0,09	-0,18	0,12	0,36	-0,25	0,17	0,28
Q06	0,07	-0,10	<b>-0,80</b>	0,07	0,03	-0,04	0,24	-0,04	0,11	0,14
Q05	0,06	-0,07	<b>-0,80</b>	0,07	-0,04	-0,04	0,09	-0,13	0,10	0,20
Q07	0,14	-0,01	<b>-0,72</b>	0,02	0,02	0,25	0,06	-0,06	0,03	0,02
Q08	0,04	0,01	-0,06	<b>0,87</b>	0,02	0,20	0,19	-0,12	-0,08	0,16
Q09	0,00	-0,03	-0,04	<b>0,85</b>	-0,10	0,03	-0,02	-0,12	0,06	-0,07
Q12	-0,11	0,17	-0,03	0,12	<b>-0,60</b>	0,11	0,10	0,03	0,19	0,05
Q30	0,13	-0,08	-0,09	0,16	-0,05	<b>0,78</b>	0,21	-0,10	0,04	0,21
Q31	0,18	-0,09	-0,20	0,24	-0,01	<b>0,70</b>	0,28	-0,33	0,17	0,33
Q36	0,18	-0,26	0,03	0,00	-0,35	<b>0,63</b>	0,02	-0,04	0,27	0,20
Q11	-0,22	0,03	0,12	0,29	-0,29	<b>0,30</b>	-0,05	-0,24	-0,25	0,19
Q37	0,20	-0,13	-0,13	0,08	0,00	0,13	<b>0,78</b>	-0,19	0,14	0,25
Q38	0,27	-0,14	-0,22	0,16	-0,06	0,10	<b>0,73</b>	-0,27	0,07	0,36
Q39	0,19	-0,19	-0,17	0,13	-0,25	0,26	<b>0,70</b>	-0,23	0,04	0,11
Q14	0,07	-0,17	-0,11	0,10	0,28	0,47	0,56	<b>-0,78</b>	0,19	0,06
Q15	0,25	-0,24	-0,08	0,13	-0,06	0,09	0,29	<b>-0,72</b>	-0,04	0,27
Q13	0,29	-0,26	-0,16	0,19	-0,24	0,21	0,29	<b>-0,58</b>	0,14	0,32
Q16	0,01	0,00	-0,11	0,16	0,33	0,12	-0,13	<b>-0,45</b>	0,26	0,05
Q28	0,19	-0,38	-0,08	0,06	-0,43	0,17	0,06	0,05	<b>-0,76</b>	-0,10
Q27	0,17	-0,16	-0,11	-0,06	0,05	0,08	0,12	-0,09	<b>-0,72</b>	0,29
Q26	0,05	0,02	-0,05	0,11	0,05	0,16	0,09	-0,14	<b>-0,71</b>	0,46
Q29	0,15	-0,02	-0,20	-0,02	0,02	0,12	0,20	-0,13	<b>-0,56</b>	0,13
Q33	0,20	-0,10	-0,11	0,02	0,18	0,20	0,27	-0,18	0,08	<b>-0,71</b>
Q35	0,26	-0,21	-0,25	0,14	-0,25	0,24	0,25	-0,19	0,15	<b>-0,69</b>
Q34	0,42	-0,28	-0,22	0,11	-0,17	0,26	0,25	-0,20	0,20	<b>-0,65</b>

**Tableau 8** : structure factorielle de l'échelle réduite, après rotation oblimin.

Les corrélations entre les facteurs latents identifiés permettent de les grouper en sous-échelles qui concordent bien avec les cinq dimensions du HBM. C'est le cas, par exemple, des facteurs 6, 7 et 10 qui sont corrélés entre eux et qui reflètent l'auto-efficacité perçue et des facteurs 1, 2 et 8 qui sont inter-corrélés et qui représentent les barrières perçues.

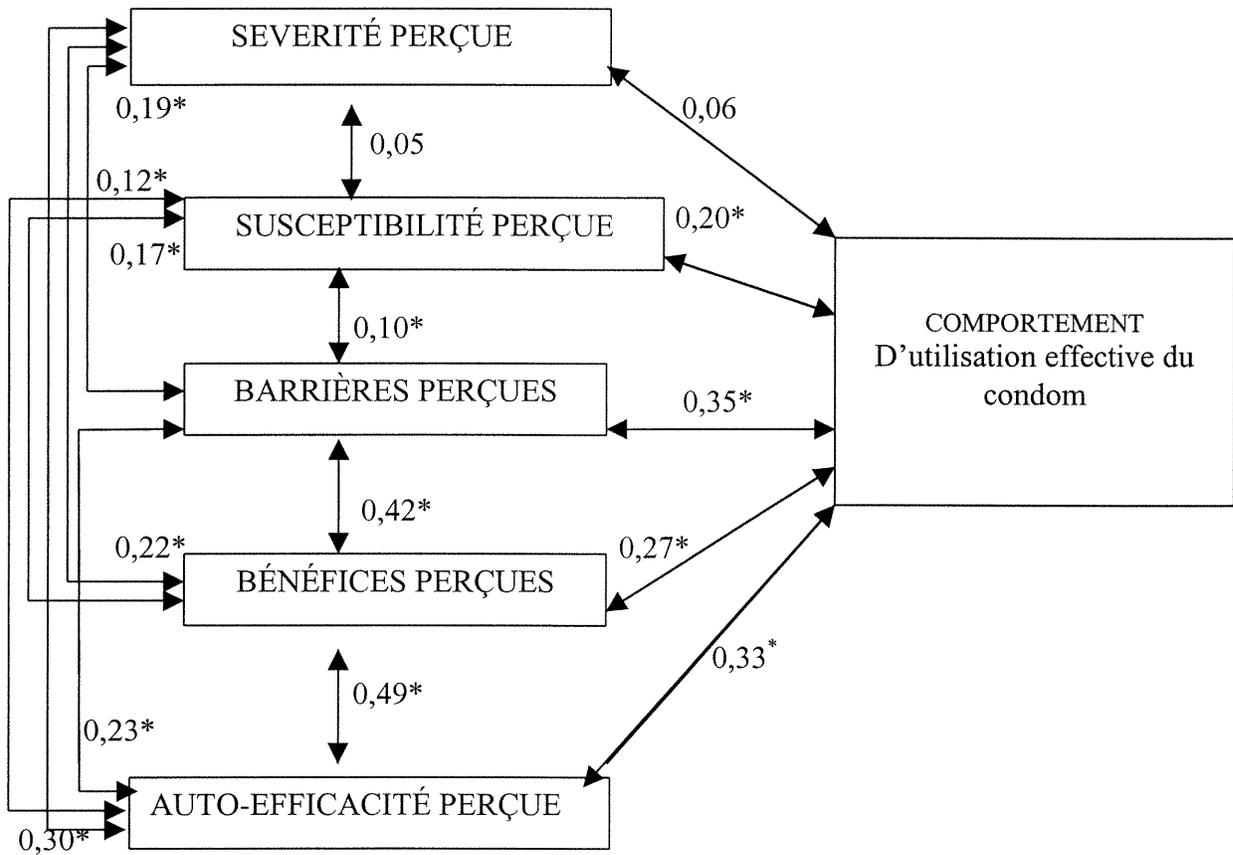
facteur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,00									
2	<b>-0,31</b>	1,00								
3	-0,13	0,07	1,00							
4	0,00	0,01	-0,05	1,00						
5	-0,02	0,06	-0,02	-0,08	1,00					
6	0,09	-0,12	-0,05	0,14	-0,10	1,00				
7	0,16	-0,13	-0,16	0,12	-0,04	<b>0,17</b>	1,00			
8	<b>-0,19</b>	<b>-0,16</b>	-0,10	0,13	0,02	0,15	-0,16	1,00		
9	0,14	-0,12	-0,11	-0,04	0,03	0,08	0,07	-0,08	1,00	
10	0,15	-0,06	-0,14	0,12	-0,03	<b>0,19</b>	<b>-0,21</b>	-0,15	0,11	1,00

**Tableau 9** : corrélations entre les 10 facteurs de la version réduite de l'échelle.  
(les corrélations entre facteurs ``voisins'' sont en gras)

<b>F</b>	<b>Item</b>	<b>Titre</b>	<b>Dimension liée au HBM</b>
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le SIDA est la maladie la plus dangereuse que l'on connaisse. (q06)</li> <li>• Le SIDA est une maladie mortelle. (q05)</li> <li>• Le sida est incurable même diagnostiqué tôt. (q07)</li> </ul>	<b>Perception du danger</b>	<b>Sévérité perçue</b>
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probabilité d'être atteint si on n'utilise pas de condom. (q08).</li> <li>• Probabilité d'être atteint si on utilise le condom. (q09).</li> <li>• Croire qu'on est exposé au VIH. (q11)</li> </ul>	<b>Probabilité de contracter le VIH</b>	<b>Susceptibilité perçue</b>
<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croire que les militaires sont plus exposés que les civils q(12).</li> </ul>	<b>Susceptibilité du groupe d'appartenance</b>	
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le condom empêche l'individu d'avoir du plaisir.(q24)</li> <li>• Le condom empêche son partenaire d'avoir son plaisir. (q25)</li> <li>• Les relation sexuelles sont moins bonnes avec le condom. (q23)</li> <li>• Ne pas supporter de mettre un condom. (q22)</li> </ul>	<b>Réduction du plaisir</b>	<b>Barrières perçues</b>
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas pouvoir avoir sur soi un condom. (q19)</li> <li>• Croire que les autres pensent qu'avoir le condom sur soi signifie une recherche délibérée de relations sexuelles. (q20)</li> <li>• Être gêné d'aller chercher le condom à la pharmacie. (q18)</li> </ul>	<b>Barrières à se procurer le condom</b>	
<b>8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être dérangé par l'utilisation du condom. (q14)</li> <li>• Croire que le condom porte atteinte aux valeurs sociales. (q15).</li> <li>• Être gêné par les comportements préventifs (q13).</li> <li>• Être tenté de ne pas utiliser le condom. (q16).</li> </ul>	<b>Gêne à adopter le comportement d'utilisation du condom</b>	
<b>9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condom protège contre le VIH. (q28)</li> <li>• Condom améliore la confiance entre les partenaires. (q26)</li> <li>• L'utilisation du condom est un comportement sage. (q27)</li> <li>• On peut être contaminé par son partenaire sexuel si on n'utilise pas de condom. (q29)</li> </ul>	<b>Bénéfices perçus</b>	
<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être capable de dire à son partenaire sexuel habituel qu'on veut utiliser un condom. (q30)</li> <li>• Être capable de dire à un nouveau partenaire sexuel qu'on veut utiliser un condom. (q31)</li> <li>• Être capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son partenaire habituel si on ne met pas de condom (q36)</li> </ul>	<b>Auto-efficacité en communication</b>	<b>Auto-efficacité</b>
<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être capable d'utiliser un condom si on décide de le faire. (q35)</li> <li>• Être capable de trouver un condom si on en a besoin. (q34)</li> <li>• Savoir utiliser un condom. (q33)</li> </ul>	<b>Auto-efficacité à l'utilisation du condom</b>	
<b>7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec un nouveau partenaire s'il ne veut pas qu'on utilise un condom.(q37)</li> <li>• Être capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son partenaire sexuel habituel si on n'est pas prêt. (q38)</li> <li>• Croire qu'on est capable d'adopter des comportements préventifs si l'on sent qu'un danger menace sa santé. (q39)</li> </ul>	<b>Capacité de refuser des relations sexuelles</b>	

**Tableau 10** : comparaison de la structure factorielle de la version réduite de l'échelle avec le modèle théorique initial

Pour illustrer les résultats obtenus nous avons schématisé les corrélations entre les cinq sous-échelles et le score du comportement d'utilisation du condom. Ce qui montre que les cinq sous-échelles de l'instrument de mesure sont superposables, dans le cadre de l'analyse factorielle exploratoire, avec les cinq sous-construits du modèle théorique (HBM) et confirme la structure multidimensionnelle de notre instrument.



**Figure 2** : version finale du modèle après étude de la fiabilité et de la validité.  
 (\* = corrélations significatives à 0,05)

**Validité de critère :**

Les cinq sous-échelles de la version réduite de l'instrument présentent des corrélations significatives avec le score d'utilisation du condom sauf la dimension sévérité perçue ( $r = 0,06$  ns). Ces dimensions sont bien corrélées entre elles confirmant leur appartenance au même concept (croyance).

### *Valeur prédictive de l'instrument :*

Les corrélations entre les sous-échelles (sévérité perçue, susceptibilité perçue, barrières perçues, bénéfiques perçues et auto-efficacité perçue) et le comportement d'utilisation du condom sont, respectivement, 0,06 , 0,20 , 0,35, 0,27 et 0,33.

L'introduction des variables socio-démographiques en tant que variables contextuelles fait ressortir que seul le statut matrimonial est un facteur déterminant de l'utilisation du condom (voir tableau 11).

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	Statistique T	Degré de signification
	B	Erreur-type	Bêta		
Constante	7,85	0,74		10,56	0,00*
Âge	-0,43	0,25	-0,11	-1,71	0,09
Statut matrimonial	-1,29	0,27	-0,29	-4,86	0,00*
Niveau d'éducation	-0,01	0,15	-0,01	-0,05	0,96
grade	0,36	0,30	0,07	1,19	0,23

**Tableau 11** : introduction des variables contextuelles dans un modèle de régression prédisant l'utilisation du condom; indices bêta, loi T et degré de signification  
( \* = significatif à 0,05 )

Lorsque nous avons introduit les cinq sous-échelles dans un modèle général, nous avons essayé de valoriser la contribution de chacune des sous-échelles à ce modèle (voir la valeur des coefficients bêta figurant dans le tableau 12).

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Degré de signification
	B	Erreur-type	Bêta		
Constante	-3,05	1,07		-2,86	0,01
Sévérité perçue	0,03	0,04	0,04	0,78	0,44
Susceptibilité perçue	0,13	0,04	0,15	3,13	0,00*
Barrières perçues	0,06	0,02	0,15	2,75	0,00*
Bénéfices perçus	0,05	0,04	0,08	1,35	0,18
Auto-efficacité perçue	0,09	0,03	0,20	3,56	0,00*

**Tableau 12** : Introduction des cinq sous-échelles dans un modèle de régression prédisant l'utilisation du condom; indices bêta, loi T et degré de signification.

( \* = significatif à 0,05 )

Par la suite, nous avons procédé à une régression ``pas à pas'' qui a permis de constater que les meilleurs prédicteurs de l'utilisation du condom sont l'auto-efficacité, la susceptibilité perçue et les barrières perçues (voir tableau suivant) .

modèle	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajusté	Erreur-type de l'estimation de R
1. prédicteur = auto-efficacité	0,345	0,119	0,117	2,2379
2. prédicteurs = auto effic + barr. perçues	0,384	0,148	0,143	2,2046
3. prédicteurs = auto effic+ barr. perçues + suscep perçue	0,413	0,171	0,165	2,1769

**Tableau 13** : régression linéaire ``pas à pas'' incluant, ensemble, les cinq dimensions du HBM en tant que variables indépendantes et l'utilisation du condom en tant que variable dépendante.

Modèle		somme des carrés des écarts	degré de liberté	moy des carrés des écarts	Statistique F	Degré de signification
1	régression	270,104	1	270,104	53,930	0,000
	résidu	1993,334	399	5,008		
	total	2263,438	400			
2	régression	33,969	2	166,985	34,358	0,000
	résidu	1929,468	398	4,860		
	total	2263,438	400			
3	régression	386,785	3	128,928	27,206	0,000
	résidu	1876,653	397	4,739		
	total	2263,438	400			

**Tableau 14:** statistiques F et degrés de signification des trois modèles de régression incluant ``pas à pas'' les cinq dimensions (deux ont été éliminées pour leur faible contribution au modèle général)

L'introduction simultanée des facteurs socio-démographiques et des scores des cinq sous-échelles, permet de conclure que le statut matrimonial et l'auto-efficacité sont les meilleurs prédicteurs de l'utilisation du condom.

Items	Facteur auquel l'item est associé après rotation	Communalités avec les 10 facteurs	Coefficient de saturation	Correlation item-total	Indice de discrimination
05	3	0,68	-0,80	0,68	0,13
06	3	0,68	-0,81	0,68	0,11
07	3	0,61	-0,73	0,61	0,19
08	4	0,80	0,87	0,80	-0,25
09	4	0,79	0,86	0,79	-0,16
11	4	0,39	0,30	0,39	0,80
12	5	0,49	-0,61	0,48	-0,10
13	8	0,62	-0,58	0,60	0,23
14	8	0,69	-0,78	0,69	0,48
15	8	0,65	-0,73	0,65	0,45
16	8	0,50	-0,46	0,48	0,38
18	1	0,64	0,70	0,64	0,52
19	1	0,74	0,83	0,75	0,49
20	1	0,61	0,75	0,61	0,41
22	2	0,56	-0,58	0,56	0,57
23	2	0,56	-0,69	0,55	0,20
24	2	0,74	-0,84	0,74	0,43
25	2	0,66	-0,79	0,65	0,20
26	9	0,60	-0,71	0,61	0,43
27	9	0,62	-0,73	0,61	0,30
28	9	0,63	-0,77	0,61	0,34
29	9	0,61	-0,57	0,60	0,32
30	6	0,64	0,78	0,63	0,32
31	6	0,63	0,71	0,63	0,33
33	10	0,70	-0,71	0,60	0,35
34	10	0,59	-0,65	0,60	0,59
35	10	0,59	-0,69	0,59	0,46
36	6	0,58	0,63	0,57	0,35
37	7	0,63	0,76	0,63	0,30
38	7	0,55	0,63	0,49	0,32
39	7	0,47	0,53	0,47	0,10

**Tableau 15 :** tableau incluant les items de la version longue leur coefficient de saturation, leur score de communalité avec les 10 facteurs, leur corrélation avec le score total et leur indice de discrimination

*Quatrième partie :*

***DISCUSSION***

Nous avons choisi le HBM comme cadre théorique pour la conception et la validation d'un instrument de mesure des croyances liées à l'utilisation du condom dans la prévention du VIH-SIDA en milieu militaire. En nous basant sur les analyses statistiques, nous pouvons dire que nous avons obtenu une échelle dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes. Ainsi, l'instrument, objet de notre étude, présente une consistance interne élevée (alpha de Cronbach = 0,85) et semble bien mesurer les cinq dimensions principales du concept visé, conformément au HBM. L'alpha de Cronbach de ces cinq sous-échelles est compris entre 0,52 pour la susceptibilité perçue et 0,80 pour l'auto-efficacité. L'adjonction d'autres items pourrait, dans le cadre d'études ultérieures, améliorer la fidélité des sous-échelles.

Grâce à l'analyse d'items, basée sur le calcul de l'indice de discrimination D, nous avons pu éliminer huit items dont l'indice D est inférieur à 0,10 réduisant l'échelle initiale à 31 items.

La comparaison entre les sous-groupes montre qu'il n'existe pas d'association franche entre l'âge, le genre, le statut matrimonial et le grade d'une part et le score total de l'autre. Cependant, l'échelle permet de faire la différence entre les célibataires et les mariés par rapport à l'utilisation du condom.

L'analyse factorielle exploratoire de l'échelle réduite à 31 items, a permis d'identifier dix facteurs latents qui se sont avérés, après rotation oblimin, superposables aux dimensions et sous-dimensions évoquées dans le modèle théorique. Les corrélations entre les items sont plus importantes au sein de la même sous-échelle que celles observées entre les items relevant de sous-échelles distinctes d'autant plus que les cinq sous-échelles sont faiblement corrélées entre elles.

Nous n'avons pas trouvé de travaux ayant étudié le HBM dans sa globalité et aucune des recherches consultées n'a examiné la capacité du HBM à prédire, en tant que modèle global et unique, le comportement préventif lié au SIDA. Montgomery et coll. (1989) trouvent que parmi les construits du HBM, la sévérité perçue est le prédicteur le plus consistant du changement des comportements à risque. Catania et coll. (1992) rapportent que parmi les individus qui passent le test de dépistage du VIH, les plus angoissés ne reviennent, en général, pas rechercher les résultats. Basen-Enquist (1992) rapporte une très forte association entre les barrières perçues et l'intention ou encore l'utilisation effective du condom. Dans une autre étude, Catania et coll. (1990) ont démontré que les bénéfices perçus liés à l'utilisation du condom s'avèrent d'excellents prédicteurs de l'utilisation du condom chez les individus ayant un score élevé de sévérité perçue, c'est-à-dire chez ceux qui croient être le plus menacés par le VIH. Dans notre étude, l'introduction de variables socio-démographiques dans un modèle de régression linéaire où le comportement d'utilisation du condom constitue la variable dépendante, montre que seul le statut matrimonial permet de prédire ce comportement. Pour évaluer la valeur prédictive, nous avons fait appel à la régression linéaire en introduisant les scores des dimensions du HBM comme variables indépendantes et le score utilisation du condom comme variable dépendante. Ce qui nous a permis de conclure que la sous-échelle sévérité perçue est celle qui permet le moins de prédire l'utilisation du condom et que les barrières perçues, l'auto-efficacité perçue et les bénéfices perçus sont les meilleurs prédicteurs de l'utilisation du condom.

Les contrastes observées quant à l'importance relative des dimensions du HBM s'expliquerait, peut-être, par le fait que chaque auteur s'intéresse aux variables du HBM

qui lui paraissent avoir le plus d'intérêt et que la majorité des travaux consultés ont été conduits auprès d'homosexuels et de bisexuels, rarement auprès d'hétérosexuels. Cependant, tous les auteurs sont d'accord sur le fait que l'action sur les variables liées au HBM est un moyen efficace pour influencer les comportements et favoriser l'adoption de comportements préventifs. D'où l'intérêt pour les professionnels de la santé et particulièrement ceux impliqués dans la lutte contre le SIDA, de se baser sur la connaissance de la proportion et du profil des individus qui, au sein de la population cible, se sentent vulnérables au VIH, croient que le SIDA est une affection grave et pensent que le danger peut être réduit ou écarté s'ils changent leur comportement sexuel. Par ailleurs, ces professionnels doivent évaluer l'auto-efficacité de leurs ``clients'' à adopter et à réaliser les prescriptions qui leur sont recommandées.

Ces résultats suggèrent qu'on a pu obtenir une échelle de mesure fiable et valide. Cependant, l'interprétation de ces résultats devrait se faire en tenant compte de certaines limites liées au choix du questionnaire en tant que mode de collecte des données, au choix du HBM en tant que modèle théorique, à l'existence de certains biais potentiels et à la généralisabilité des résultats.

Le mode de collecte des données par questionnaire est un mode qui a entre autres avantages le fait qu'il assure l'uniformité des situations de prise de l'information. Puisque l'information est fournie par écrit, elle a l'avantage de permettre un meilleur contrôle de la confidentialité des données. De plus, elle permet d'obtenir des informations qui demandent un certain temps de réflexion ou auxquelles il peut être gênant de répondre. Quand l'information est fournie par l'individu lui-même, la collaboration de ce dernier est nécessaire. La réactivité est alors maximale. Cette réactivité se manifeste de

plusieurs façons : certaines personnes refusent de répondre, d'autres sélectionnent les informations qu'elles donnent ou encore fournissent des informations biaisées. Cependant, le fait que toutes nos questions soient "fermées" limite les réponses des individus à celles proposées.

Dans la littérature sur le HBM, on admet que les croyances sont des facteurs causaux et modifiables du comportement (Kirscht et Joseph, 1989). De nombreuses études prouvent que les dimensions du HBM sont importantes pour expliquer et prédire le comportement lié à la santé (Rosenstock et coll., 1994). Vanlandingham et coll. (1995) rapportent que l'un des facteurs les plus importants pour la compréhension du comportement sexuel et qui reste difficile à incorporer dans le HBM est l'influence des pairs du même groupe. Ce modèle a, en effet, un certain nombre de faiblesses que Leventhal (Leventhal, 1984), l'un des premiers à contribuer au développement de ce modèle, cite en sept points. Il affirme que : la sévérité perçue n'est pas un bon prédicteur du comportement préventif, que le HBM n'explique qu'une partie de la variance, que les gens réussissent rarement à être en accord avec leurs croyances malgré l'existence de facilitateurs, que les seules motivations du comportement considérées dans ce modèle sont les croyances liées à la santé alors que d'autres croyances et d'autres déterminants sont aussi importants pour l'individu qui s'engage dans un comportement à haut risque, que nous savons peu sur la manière dont se développent les croyances et sur ce qui les maintient et, enfin, qu'il a été démontré que les croyances, sensées précéder le comportement dans le HBM, ne le précèdent pas toujours (Leventhal et coll., 1980). Par ailleurs, plusieurs auteurs reconnaissent que le comportement développé en réponse à un problème de santé se trouve souvent affecté par des influences non rationnelles

Le HBM est un modèle qui ne prétend ni expliquer ni prédire à 100% les comportements liés à la santé. Ce modèle n'est pas une sommation de variables d'égale importance qui agissent simultanément et qu'il ne faut pas introduire tous les construits dans une analyse multi-variée. La meilleure façon de faire est de sélectionner les meilleurs prédicteurs, sachant que les barrières perçues et l'auto-efficacité constituent les meilleurs prédicteurs du comportement préventif alors que la sévérité perçue en est le plus mauvais.

Parmi les biais possibles nous notons l'effet de réactivité qui se produit quand les sujets de l'étude sont conscients de leur participation et modifient leur comportement ou leurs réponses en conséquence, l'interaction entre la sélection des sujets et l'intervention réduisant l'échantillon aléatoire à un échantillon fait de volontaires, la réduction des taux de réponse au questionnaire en général ou à certaines questions en particulier et enfin le risque d'influence que pourraient avoir le contact des personnes ayant répondu au questionnaire avec celles appelées à y répondre par la suite. Dans notre étude, nous ne pouvons pas garantir l'absence de l'effet de réactivité sachant que le fait que nous soyons militaires et que nous administrons notre instrument à des militaires peut les pousser à vouloir "bien" répondre ou encore à essayer de masquer la réalité de leurs croyances malgré toutes les garanties de l'anonymat que nous leur offrons. Pour ce qui est du refus de participation des personnes tirées au hasard, nous n'avons eu aucun cas de refus du fait, peut-être, du milieu particulier où nous avons mené notre étude (Armée). Tous les militaires appelés à répondre au questionnaire ont répondu et aucune question n'a été omise sachant que nous disions aux participants que la meilleure façon de nous aider à avoir des réponses valides est de bien vouloir répondre à toutes les questions et de vérifier

à la fin qu'aucune n'a été omise. Le passage dans chacune des quatre unités tirées au sort (très éloignées géographiquement les unes des autres) prenait une journée et toutes les dispositions ont été prises pour éviter que les personnes de la même unité n'échangent de l'information à propos des questions posées. Enfin, la généralisabilité des résultats obtenus reste limitée à la population militaire âgée entre 18 et 45 ans et de sexe masculin. Nous supposons que le caractère peu discriminant de certains items peu s'améliorer dans d'autres circonstances et nous suggérons leur évaluation dans le cadre d'études ultérieures d'autant plus que la croyance est un concept dynamique et très influençable par le contexte dans lequel il est mesuré.

Le développement d'instruments valides est une condition essentielle pour augmenter la validité des recherches ultérieures et contribuer à une meilleure connaissance des déterminants de l'utilisation du condom. Ceci permet d'améliorer la qualité des programmes de lutte contre le SIDA et donne une image plus claire des changements survenus à l'issue de l'implantation de ces programmes. Quoi qu'elle constitue un instrument valide et fiable de mesure des croyances liées à l'utilisation du condom, notre échelle ne peut prétendre explorer tous les déterminants de l'utilisation du condom. En mettant au point cet instrument, nous espérons avoir répondu au souci des planificateurs et des évaluateurs de programmes qui tiennent à avoir une meilleure connaissance des déterminants de l'utilisation du condom et des données précises sur les croyances liées à cette utilisation. Par ailleurs, nous prévoyons l'utilisation de l'échelle pour l'évaluation des croyances liées à l'utilisation du condom dans la collectivité militaire marocaine.

Dans le cadre d'études futures, il faudrait envisager la possibilité de tester la validité de notre instrument dans la population adulte marocaine sachant les similarités

socioculturelles que partage la collectivité militaire avec cette dernière. Aussi, le fait que la population féminine militaire ne soit pas couverte par notre étude alors que son implication dans la prévention du VIH-SIDA est primordiale, nous laisse envisager la possibilité de l'adapter et de le valider auprès d'un échantillon représentatif de cette catégorie de personnels.

## *Conclusion*

Notre démarche nous a permis de juger de la contribution de chacun des items aux qualités métriques de l'instrument; pouvoir discriminant des items, contribution de chacun des items au score total, participation effective des items à la structure factorielle. Nous avons vérifié, en plus, la valeur prédictive, la validité de construit et la validité de contenu de l'instrument de mesure. Ainsi, nous avons pu voir que notre instrument, dans sa version à 31 items, est valide et fiable. Toutefois, le fait que nous n'ayons pu entreprendre qu'une analyse factorielle exploratoire nous pousse à espérer qu'une analyse factorielle plus élaborée soit entreprise dans le cadre de futures recherches. Il peut, néanmoins, être utilisé dans la collectivité masculine militaire marocaine. Seule l'entreprise d'autres études pourra permettre de vérifier la généralisabilité de l'utilisation de cet instrument dans la population féminine militaire ou encore, dans la population adulte générale marocaine.

## *Références*

- American Psychological Association.** *Standards for educational and psychological testing.* Washington DC. American Psychological Association. 1985.
- Aspinwall L., Kemeny M., Taylor S., Schneider S., Dudley J.** *Psychosocial predictors of gay men's AIDS risk-reduction behavior.* *Health Psychology*, 10,432-444. 1985.
- Bandura A.,** *Self-efficacy: Toward a unifying Theory of behavioral change.* *Psychological Review*. 1977a. 84: 191-215.
- Bandura A.,** *Social cognitive theory and control over HIV infection,* in DiClemente R. and Peterson J.L., *Preventing AIDS; Theories and Methods of Behavioral Interventions.* Plenum Press, New York and England, 1994. P 25-59.
- Bauman L.J. et Seigel K.,** *Misperceptions among gay men of the risk for AIDS associated with their sexual behavior,* *The Journal of Applied Social Psychology.* 1987.17, (3), 329-350.
- Basen-Enquist K. et coll.,** *Validity of scales measuring the psychosocial determinants of HIV/STD-related risk in adolescents,* *Health Education Research,* Vol. 14, n° 1, 1999, p : 25-37.
- Becker M. H. et Joseph J.,** *AIDS and behavioral changes to reduce risk.* *American Journal of Public Health.*1980. 78, 394-410.
- Becker M H et Maiman LA.,** *Strategies for enhancing patient compliance.* *Journal of Community Health.* 1974. 6, 113-135.
- Brown L.K, Diclemente R.J et Reynolds L.A.** *HIV prevention for adolescent: Utility of the Health Belief Model.* *Journal of AIDS Education and Prevention.* 1991. 3, 50-59.
- Catania J.A., Gibson D.R., Chitwood D.D. et Coates T.J.,** *Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior.* *Psychological Bulletin* 1990, 108, 339-362.
- Catania J.A., Coates T.J., Stall R., Turner H., Peterson J., Hearst N, Dolcini M. M., Hudes E., Gagnon J., Wiley J., et Groves R.,** *Prevalence of AIDS related factors and condom use in the united states.* *Science,* 1992, 258, 1101-1106.
- Cates Jr. W. et Hinman A.R.,** *AIDS and absolutism, the demand for perfection in prevention.* *New England Journal of Medicine* 1992, 327, 492-494.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** *Condoms for prevention of sexually transmitted diseases.* Morbidity and Mortality Weekly Report, 1988, 37, 133-137.
- Choi K.H., Rickman R. et Catania J.A.,** *What do US heterosexual adults believe about condoms? (letter),* New England Journal of Medicine 1994, 331, 406-407.
- Contandriopoulos A. P., Champagne J. F., Potvin L, Denis J. L, Boyle J. L.** *Savoir Préparer une Recherche...*, les Presses de l'Université de Montréal. Montréal, 1990.
- Crocker L. et Algina G.,** *Introduction to classical and modern test theory.* New York. Holt Pinehart and Winston. 1986.
- Cronbach L.J.,** *Coefficient Alpha and the internal structure of the tests.* Psychometrica. 1951. 16, 297-334.
- Cronbach L.J., et Furby L.,** *How should we measure "change" or should we?.* Psychological Bulletin, 1970, 74, 68-80.
- Cummings K.M, Jette A.M, Brok B.M et Haefner D.P.,** *Psychological determinants of immunization in a swine influenza campaign.* Medical Care. 1979. 17, 639-649.
- DiClemente R. J. , Peterson J. L. ,** *Preventing AIDS, theories and methods of behavioural interventions,* Plenum press. New York London, 1994
- Gerrard M.,** *Antecedents of pregnancy and pregnancy attrition in first-term women marines.* Technical report. ONR-89-1. Iowa State University. 1989.
- Gerrard M, Gibbons F.X et Warner T.D.** *Effects of reviewing risk relevant behavior on perceived vulnerability of woman.* Health Psychology. 1991. 10, 173-179.
- Gerrard M. et Warner T.D.,** *Antecedents of pregnancy among woman marines.* Journal of Washington Academy of Sciences, 1991, 80, 1015.
- Gibbons F.X, Mcgoven P.G et Lando H.A.** *Relapse and risk perception among members of a smoking cessation clinic.* Health Psychology. 1991. 10, 42-45.
- Gold R.S. et Skinner M.J.,** *Situational factors and thought process associated with unprotected intercourse in gay men.* Psychology and health. 1992. 5, 259-278.
- Hambelton R.K.** *Test score validity and standard setting methods. In R.A Berk (ed). criterion referenced measurement: The state of the art.* Baltimore. John Hopkins university press. 1980.

- Hingston R., Strunin L., Berlin B., et Hereen T.,** *Beliefs about AIDS, Use of alcohol and drugs and unprotected sex among Massachusetts adolescents.* American Journal of Public Health, 1990. 80, 295-299.
- Hochbaum G.M.** *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study.* (Public Health Services, PHS publications 572). Washington DC: U.S. Government Printing office. 1958.
- Inspection du service de santé.** *Rapport sur les maladies transmissibles.* Défense Nationale. Rabat, Maroc, février 2000.
- Janz N.K et Becker M.H,** *The Health Belief Model : A decade later.* Health Education Quarterly. 1984.11, 1-47.
- Jermmott J.B, Jermmott L.S, et Fong G.T.** *Reducing the risk of sexually transmitted VIH infection : Attitudes, Knowledge and Behavior.* Princeton University. NJ. 1990.
- Kalichman S.C, Kelly J.A et Stevenson L.Y.** *Priming effects of VIH risk assessment on related perception and behavior : experimental field study.* AIDS and Behavior. 1997. Vol 1, n 1. pp. 3-8.
- Kasl S.V. (1975).** *Social psychological characteristics associated with behaviors that reduce cardiovascular risk.* in A Enslow and J Henderson (ed). *Applying Behavioral Science to cardiovascular risk.*, (pp 173-180). Dallas TX; American Heart Association.
- Kirscht J.,** *the health belief model and predictions of health actions.* In D. Gochman (ed), *Health behavior: Emerging research perspectives* (pp. 27-41). New York: Plenum. 1988.
- Kohler W.** *The mentality of apes.* New York. Harcourt Brace. 1925.
- Laveault D. et Grégoire J.** *Introduction aux théories des tests en sciences humaines. Méthodes en sciences humaines.* De Boeck université (ed.), Paris, Bruxelles. 1997.
- Leventhal H, Zimmerman R et Guttman M.,** *Compliance: a self regulation perspective.* In D centy (ed). *Handbook of Behavioral medicine*, New York; Guilford.1984. pp 369-436.
- Leviton L.** *Theoretical foundations for AIDS prevention.* In Valdiseri R.O (dir). *Preventing AIDS: the design of effective programs.* New Brunswick and London. Rutgers University Press. p 42-90.
- Lewin K.,** *A dynamic Theory of personality.* New York, Mc Graw-Hill. 1935.
- Lewin K.,** *Principles of topological Psychology.* New York: Mc Graw-Hill. 1936.

- Lewin K.**, *The nature of field theory*. In MH Marx (ed). *Psychological theory*. New York. Mac Millan. 1951.
- Lewin K., Dembo T., Festinger L., et Sears PS.**, *Level of aspiration*. In Hurry (ed). *Personality and behavior disorders*. New York. The Ronald Press. 1944.
- Likert R.** *A technique for measurement of attitudes*. *Archives of psychology*. 140. 1932.
- MacDonald N.E., Wells G.A., Fisher W.A. et Al.** *High-risk STD/HIV behavior among college students*. *Journal of the American Medical Association* 1990. 263, 3155-3159.
- MacNair, R.R. et Simono, R.B.**, *College student risk behaviors: implications for VIH-AIDS pandemic*. *Journal of College Student Development*, 1996, 37, 574-587.
- Maswanya E.S , Horiguchi I, Nugato K, Aoyagi K, Honda S et Takemoto T.** *Knowledge, risk perception of AIDS and reported behavior among students in secondary schools and colleges in Tanzania*. *Health Education, Theory and Practice*. 1999. Vol.2, 185-196.
- Montgomery S.B, Joseph J.G, Becker M.H, Osrow D.G, Kessler R.C et Kirscht J.P.** *The Health Belief Model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS : How useful?.* *AIDS Education and Prevention*. 1989. 1, 303-323.
- Ministère de la Santé publique**, *Programme National de Lutte Contre les MST-SIDA*, Maroc, Rabat. 31.12.1999.
- Nunnaly J.C Jr.** *Introduction to psychological measurement* (3<sup>rd</sup> ed). New York. McGraw Hill. 1970.
- Nejmi S. et coll.**, *Résultats de l'étude qualitative et quantitative des connaissances, attitudes et comportements liées aux MST-SIDA*. Programme de lutte contre les MST-SIDA dans les FAR. Rabat. Maroc. 1996
- O'Leary A, Goodhart F, Jermmott L.S et Boccker-Lattimore D.** *Predictors of safer sex on college campus : A social cognitive theory analysis*. *Journal of American college Health*. 1992. 40, 254-263.
- ONUSIDA.** *le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 1999, Janvier 2000*. ONUSIDA 2000.
- Perloff L.S et Fetzer B.K.**, *Self-other judgments and perceived vulnerability to victimisation*. *Journal of personality and social psychology*. 1986.50, 502-510.

- Polacsek M., Celentano D D., O'Campo P.** *Correlates of condom use stage of change : Implications for intervention*, AIDS Education and Prevention, 1999. 11 (1), 38-52.
- Rosenstock I.**, *Historical origins of the Health Belief Model*. Health Education Monographs, 1974. 2, 328-335.
- Rosenstock I.M., Stretcher V.J. et Becker M.H.** *The Health Belief Model an HIV risk behavior change in preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions*. Edited by Ralph J. Diclemente. Plenum Press. NY-London 1994.
- Savage L.J.**, *The foundations of statistics*, New York. Wiley. 1954.
- Shah, D. Thornton, S et Burgess, A. P.** *Sexual Risk Cognitions Questionnaire: A reliability and validity study*. AIDS care. 1997. Vol, 9. N0, 4. P 471-480.
- SPSS.** *SPSS for Windows release 6.01 manual*. Chicago. IL. SPSS inc. 1998.
- Stoner J.A.F.** *A comparison of individual and group decisions involving risk*. Unpublished master's Thesis. MIT School of industrial management. 1961.
- UNAIDS/WHO**, *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases*, UNAIDS/WHO. march 2000..
- Van Der Pligt R.R.**, *Factors affecting condom use among adolescents*. Journal of Community and applied social psychology. 1991.50, 502-511.
- Van Der Velde F.W et Van Der Pligt J.** *AIDS related health behavior: Coping, Protection, Motivation and Previous behaviour*. Behavioral medicine. 1991. 14, 429-452.
- Vanlandingham M J., Suprasert S., Grandjean N. et Sittitrai W.** *two views of risky sexual practices among Northern Thai males ; the Health Belief Model and the theory of reasoned action*. Journal of Health and Social Behavior. 1995. Vol. 36 (March): 195-212)
- Weinstein N.D.**, *Unrealistic optimism about future life events*. Journal of Personality and Social Psychology. 1980. 39, 806-820.
- WHO/UNAIDS**, *HIV/AIDS and Sexually Transmitted diseases STDs*. Epidemiological fact sheets, June 1998.

**Annexe 1 : moyennes, variances et écarts-types des items de la version complète de l'échelle.**

	Moyenne	Ecart-type	variance	Total réponses
Q1	2,37	1,18	1,39	400
Q2	3,29	0,87	0,76	400
Q3	2,10	0,96	0,93	400
Q4	3,10	0,92	0,84	400
Q5	3,68	0,59	0,34	400
Q6	3,52	0,73	0,53	400
Q7	3,12	0,90	0,81	400
Q8	4,61	1,81	3,28	400
Q9	2,75	1,69	2,84	400
Q10	2,49	1,05	1,10	400
Q11	2,05	0,97	0,95	400
Q12	2,11	0,94	0,88	400
Q13	3,08	0,93	0,86	400
Q14	2,90	1,03	1,06	400
Q15	2,97	1,02	1,05	400
Q16	2,51	0,95	0,90	400
Q17	3,06	0,95	0,90	400
Q18	2,91	0,97	0,93	400
Q19	2,93	0,95	0,91	400
Q20	2,57	1,04	1,08	400
Q21	2,89	1,78	3,17	400
Q22	2,82	0,91	0,87	400
Q23	2,10	1,03	1,06	400
Q24	2,33	0,87	0,75	400
Q25	2,38	0,90	0,80	400
Q26	2,79	0,95	0,90	400
Q27	3,19	0,86	0,73	400
Q28	3,06	0,89	0,79	400
Q29	3,02	0,97	0,95	400
Q30	2,74	0,95	0,90	400
Q31	3,02	0,88	0,77	400
Q32	2,99	0,94	0,89	400
Q33	3,31	0,70	0,50	400
Q34	2,55	0,90	0,80	400
Q35	2,87	0,88	0,78	400
Q36	2,47	0,98	0,95	400
Q37	2,79	0,96	0,92	400
Q38	2,88	0,83	0,69	400
Q39	3,48	0,70	0,50	400



	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
36	0,12	0,03	0,07	0,08	-0,04	0,04	0,05	0,08	0,03	0,00	0,01	0,03	0,01	0,11	0,19	0,20	0,14	0,04	0,07	0,09
37	-0,10	0,00	-0,08	0,05	0,14	0,11	0,08	0,15	0,05	0,16	0,03	0,06	-0,06	0,19	0,24	0,15	0,03	0,14	0,09	0,18
38	0,05	0,06	-0,09	0,02	0,07	0,09	0,14	0,19	0,05	0,16	0,10	0,05	0,08	0,27	0,30	0,17	0,15	<b>0,40</b>	<b>0,30</b>	0,05
39	-0,09	0,00	0,00	0,00	0,08	0,09	0,05	0,15	-0,01	0,15	0,01	0,05	0,02	0,24	0,26	0,11	0,19	<b>0,29</b>	<b>0,25</b>	0,15
40	-0,04	0,04	0,02	-0,01	0,03	0,09	0,10	0,18	0,02	0,16	0,07	0,00	0,13	0,22	0,20	0,04	0,11	0,16	0,12	0,05
41	-0,04	-0,01	-0,06	0,06	0,12	0,18	0,17	0,16	0,06	0,06	0,13	0,06	0,07	0,14	0,18	0,09	0,22	0,07	0,09	0,01
42	-0,10	-0,20	-0,06	0,09	0,14	0,25	0,19	0,25	0,12	0,10	0,15	0,06	0,20	0,24	0,31	0,22	0,04	0,05	<b>0,30</b>	0,12
43	-0,13	-0,10	-0,07	0,10	0,12	0,17	0,06	0,10	0,07	0,06	0,07	0,06	0,08	0,20	0,20	0,13	0,17	0,15	0,11	0,10
44	-0,03	0,05	0,00	0,06	0,06	0,12	0,09	0,08	-0,05	0,08	0,05	-0,06	0,15	0,11	0,19	0,11	0,20	<b>0,28</b>	<b>0,29</b>	0,17
45	-0,08	-0,07	-0,03	-0,05	0,04	0,03	0,14	0,15	0,00	0,18	0,08	0,00	0,15	0,24	0,29	0,19	0,25	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,29</b>
46	-0,03	0,00	0,04	0,00	0,12	0,13	0,11	0,15	0,03	0,13	0,01	0,06	0,13	0,21	0,31	0,19	0,01	0,17	<b>0,26</b>	0,13
47	-0,03	-0,07	0,05	-0,03	0,00	-0,03	0,05	0,04	0,02	0,10	0,13	0,08	0,03	0,08	0,13	<b>0,27</b>	0,06	0,08	0,15	0,09
48	0,02	-0,05	-0,01	0,08	0,05	0,08	0,08	-0,07	0,01	-0,01	-0,11	-0,11	0,45	0,17	0,01	0,14	0,00	0,07	0,04	0,14
49	-0,02	0,01	-0,03	0,00	0,07	0,09	0,04	0,07	0,04	0,09	0,04	0,00	0,18	0,14	0,07	0,03	0,13	0,11	0,18	0,10
50	-0,18	-0,07	-0,04	0,02	0,17	0,16	0,12	0,00	0,01	0,15	-0,01	0,03	0,16	0,10	0,12	0,14	0,19	0,16	0,09	0,20
SCT	<u>0,03</u>	<u>0,15</u>	<u>0,13</u>	<u>0,15</u>	<u>0,25</u>	<u>0,29</u>	<u>0,25</u>	<u>0,33</u>	<u>0,15</u>	<u>0,26</u>	<u>0,15</u>	<u>0,07</u>	<u>0,27</u>	<u>0,50</u>	<u>0,56</u>	<u>0,41</u>	<u>0,15</u>	<u>0,55</u>	<u>0,56</u>	<u>0,38</u>

	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	S,T
32	1,00																			
33	0,12	1,00																		
34	0,16		1,00																	
35	0,17	<b>0,49</b>	<b>0,46</b>	1,00																
36	0,09	<b>0,42</b>	<b>0,33</b>	0,60	1,00															
37	0,22	<b>0,32</b>	0,07	0,17	0,16	1,00														
38	0,15	<b>0,31</b>	0,03	0,19	0,17	<b>0,44</b>	1,00													
39	0,10	<b>0,27</b>	0,05	0,16	0,15	<b>0,41</b>	<b>0,49</b>	1,00												
40	0,09	0,20	-0,08	0,09	0,15	<b>0,28</b>	<b>0,32</b>	<b>0,36</b>	1,00											
41	0,20	0,20	0,09	0,12	0,11	<b>0,25</b>	0,17	0,16	<b>0,27</b>	1,00										
42	0,18	0,21	0,07	0,17	0,13	<b>0,27</b>	0,22	<b>0,28</b>	<b>0,34</b>	<b>0,49</b>	1,00									
43	0,16	0,20	0,04	0,16	0,13	<b>0,35</b>	<b>0,29</b>	<b>0,27</b>	0,30	0,18	<b>0,33</b>	1,00								
44	0,15	0,20	0,05	0,16	0,23	0,16	<b>0,33</b>	<b>0,26</b>	0,18	0,20	<b>0,32</b>	0,20	1,00							
45	0,02	<b>0,40</b>	0,11	<b>0,27</b>	0,16	<b>0,25</b>	<b>0,30</b>	<b>0,28</b>	0,19	<b>0,25</b>	<b>0,34</b>	<b>0,36</b>	<b>0,32</b>	1,00						
46	0,11	<b>0,36</b>	0,02	0,24	0,16	<b>0,29</b>	<b>0,28</b>	<b>0,25</b>	0,16	<b>0,26</b>	<b>0,33</b>	<b>0,28</b>	<b>0,36</b>	<b>0,56</b>	1,00					
47	0,20	0,14	0,14	0,18	0,16	0,21	0,10	0,06	0,15	<b>0,32</b>	<b>0,27</b>	0,07	0,01	0,20	0,21	1,00				
48	0,21	0,15	0,10	0,10	0,10	0,13	0,42	0,11	0,10	0,05	0,16	0,16	0,04	0,15	0,09	0,08	1,00			
49	0,23	0,10	0,03	0,04	0,01	0,08	0,13	0,16	0,08	0,13	0,19	0,03	0,16	0,19	0,14	0,17	0,31	1,00		
50	0,09	0,14	-0,01	0,03	0,07	0,16	<b>0,25</b>	0,18	0,18	0,09	0,20	<b>0,28</b>	<b>0,29</b>	0,22	0,20	0,16	0,18	<b>0,29</b>	1,00	
	<u>0,18</u>	<b>0,60</b>	<b>0,25</b>	<b>0,47</b>	<b>0,40</b>	<b>0,48</b>	<b>0,56</b>	<b>0,50</b>	<b>0,44</b>	<b>0,42</b>	<b>0,56</b>	<b>0,44</b>	<b>0,41</b>	<b>0,56</b>	<b>0,52</b>	<b>0,39</b>	<b>0,28</b>	<b>0,32</b>	<b>0,33</b>	<b>1,00</b>

### Annexe 3 : Version complète du questionnaire.

<b>Genre :</b>	Masculin	Féminin
<b>Âge :</b>	18-29 ans	
	30-39 ans	
	40-45 ans	
<b>Statut matrimonial :</b>	Célibataire	Marié(e)
<b>Niveau d'instruction :</b>	Aucun	
	Primaire	
	Préparatoire	
	Secondaire	
	Université	
<b>Grade :</b>	Homme de troupe	sous-officier
<b>Appartenance :</b>	Armée de terre	
	Armée de l'air	
	Marine royale	
	G.Royale	
	F.Auxiliaires	
<b>Missions fréquentes</b>	oui	non
<b>Travail dans des postes avancés :</b>	Oui	Non
<b>Affectation :</b>	zone rurale	zone urbaine
<b>Résidence :</b>	Dans la caserne	Oui Non
<b>Sinon, est-ce avec la famille ?</b>	Oui	Non

**Les questions suivantes sont énoncées sous forme de phrases que nous vous invitons à lire attentivement et à cocher les cases correspondant le plus à votre façon de penser sachant que chaque question ne peut avoir qu'une seule réponse. Lorsque vous aurez terminé, vous êtes priés de vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.**

1- Je crois que je suis capable de discuter avec mon partenaire sexuel de ses antécédents sexuels avant de décider s'il faut qu'on utilise le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

2- Je crois que je suis capable de reconnaître une personne infectée par le virus du SIDA

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

3- Je crois que certaines catégories ou groupes d'individus sont plus à risque de contracter le virus du SIDA que le reste de la population.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

4- Je crois que je suis capable de reconnaître une personne malade de SIDA.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

5- Je crois que le SIDA est une maladie mortelle.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

6- Je crois que le SIDA est la maladie la plus grave de toutes celles que je connaisse.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

7- Je crois que le SIDA ne peut être guérit définitivement même si on en fait le diagnostic précocement.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

8- Si je continue à avoir le même comportement sexuel que celui que j'ai maintenant et si je n'utilise pas de condom, la probabilité que j'ai de contracter le virus du SIDA est;

100/100      10 /100      1/100      1 /1000      1/10000      1 /100000

9- Si je continue à avoir le même comportement sexuel que celui que j'ai maintenant et si j'utilise le condom, la probabilité que j'ai de contracter le virus du SIDA est;

100/100      10 /100      1/100      1 /1000      1/10000      1 /100000

10- j'accepterais le diagnostic si jamais on découvre que je suis infecté par le virus du SIDA.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

11- Je crois que je suis exposé au virus du SIDA.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

12- Je crois que les militaires sont plus vulnérables que les civiles au virus du SIDA.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

13- Le fait de devoir me conformer à des comportements préventifs en général m'embarrasse.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

14- L'utilisation du condom m'embarrasse

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

15- Je crois que l'utilisation du condom porte atteinte aux valeurs sociales.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

16- Je crois que je serais souvent tenté de ne pas utiliser le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

17- Je crois que je peux me contenter d'avoir un seul partenaire sexuel.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

18- Je crois que je serais embarrassé d'aller acheter des condoms.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

19- Je crois que je ne pourrais pas avoir sur moi des condoms.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

20- Je crois que le fait d'avoir des condoms sur moi, sera interprété comme une recherche délibérée des relations sexuelles.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

21- Je crois que je ne pourrais pas m'arrêter au cours des rapports sexuels pour mettre un condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

22- Je crois que je ne supporterais pas d'utiliser un condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

23- Je crois qu'avec le condom, les rapports sexuels ne sont pas aussi bons que sans le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

24- Je crois que l'utilisation du condom va déranger le plaisir de mon partenaire sexuel.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

25- Je crois que l'utilisation du condom va déranger mon plaisir sexuel.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

26- Je crois que le fait d'utiliser le condom peut améliorer la confiance entre les deux partenaires.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

27- Je crois qu'il est sage d'utiliser le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

28- Je crois que l'utilisation du condom va me protéger contre le SIDA.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

29- Je crois que je risque d'être contaminé par mon partenaire habituel si on n'utilise pas le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

30- Je crois que je peux dire à mon partenaire sexuel habituel que je veux qu'on utilise le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

31- Je crois que je peux dire à une personne que je viens de connaître que je veux qu'on utilise un condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

32- Je crois que je peux convaincre mon partenaire sexuel de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

33- Je crois que je sais utiliser correctement un condom (ou que je suis capable de montrer à mon partenaire sexuel comment l'utiliser).

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

34- Je crois que je vais avoir sur moi des condoms chaque fois que j'en aurais besoin.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

35- Je crois que je suis capable d'utiliser le condom chaque fois que je déciderais de le faire.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

36- Je crois que je suis capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec mon partenaire habituel s'il ne veut pas qu'on utilise le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

37- Je crois que je suis capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec une personne que je viens de connaître, même si je suis attiré par elle.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

38- Je crois que je suis capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec mon partenaire sexuel habituel si je ne suis pas prêt.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

39- crois que je suis capable d'adopter des comportements préventifs chaque fois que je sentirais un risque pour ma santé.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord



**Annexe 4 : Version réduite du questionnaire.**

5- Je crois que le SIDA est une maladie mortelle.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

6- Je crois que le SIDA est la maladie la plus grave de toutes celles que je connaisse.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

7- Je crois que le SIDA ne peut être guéri définitivement même si on en fait le diagnostic précocement.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

8- Si je continue à avoir le même comportement sexuel que celui que j'ai maintenant et si je n'utilise pas de condom, la probabilité que j'ai de contracter le virus du SIDA est;

100/100      10 /100      1/100      1 /1000      1/10000      1/1 00000

9- Si je continue à avoir le même comportement sexuel que celui que j'ai maintenant et si j'utilise le condom, la probabilité que j'ai de contracter le virus du SIDA est;

100/100      10 /100      1/100      1 /1000      1/10000      1 /100000

11- Je crois que je suis exposé au virus du SIDA.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

12- Je crois que les militaires sont plus vulnérables que les civiles au virus du SIDA.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

13- Le fait de devoir me conformer à des comportements préventifs en général m'embarrasse.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

14- L'utilisation du condom m'embarrasse

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

15- Je crois que l'utilisation du condom porte atteinte aux valeurs sociales.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

16- Je crois que je serais souvent tenté de ne pas utiliser le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

18- Je crois que je serais embarrassé d'aller acheter des condoms.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

19- Je crois que je ne pourrais pas avoir sur moi des condoms.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

20- Je crois que le fait d'avoir des condoms sur moi, sera interprété comme une recherche délibérée des relations sexuelles.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

22- Je crois que je ne supporterais pas d'utiliser un condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

23- Je crois qu'avec le condom, les rapports sexuels ne sont pas aussi bons que sans le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

24- Je crois que l'utilisation du condom va déranger le plaisir de mon partenaire sexuel.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

25- Je crois que l'utilisation du condom va déranger mon plaisir sexuel.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

26- Je crois que le fait d'utiliser le condom peut améliorer la confiance entre les deux partenaires.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

27- Je crois qu'il est sage d'utiliser le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

28- Je crois que l'utilisation du condom va me protéger contre le SIDA.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

29- Je crois que je risque d'être contaminé par mon partenaire habituel si on n'utilise pas le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

30- Je crois que je peux dire à mon partenaire sexuel habituel que je veux qu'on utilise le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

31- Je crois que je peux dire à une personne que je viens de connaître que je veux qu'on utilise un condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

33- Je crois que je sais utiliser correctement un condom (ou que je suis capable de montrer à mon partenaire sexuel comment l'utiliser).

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

34- Je crois que je vais avoir sur moi des condoms chaque fois que j'en aurais besoin.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

35- Je crois que je suis capable d'utiliser le condom chaque fois que je déciderais de le faire.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

36- Je crois que je suis capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec mon partenaire habituel s'il ne veut pas qu'on utilise le condom.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

37- Je crois que je suis capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec une personne que je viens de connaître, même si je suis attiré par elle.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

38- Je crois que je suis capable de refuser d'avoir des rapports sexuels avec mon partenaire sexuel habituel si je ne suis pas prêt.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

39- Je crois que je suis capable d'adopter des comportements préventifs chaque fois que je sentirais un risque pour ma santé.

Totalement en accord    En accord    En désaccord    totalement en désaccord

### **Comportement d'utilisation du condom :**

1- J'ai utilisé le condom au cours des 6 derniers mois;

Souvent                      Parfois                      Rarement                      Jamais

2- J'ai utilisé le condom au cours du mois passé est de;

Souvent                      Parfois                      Rarement                      Jamais

3- J'ai utilisé le condom a cours du dernier rapport sexuel.

Oui    Non

	<input type="checkbox"/>	أنثى	<input type="checkbox"/>	ذكر	الجنس :	
<input type="checkbox"/>	45 - 40	<input type="checkbox"/>	39 - 30	<input type="checkbox"/>	29 - 18	السن :
<input type="checkbox"/>	مطلق	<input type="checkbox"/>	متزوج	<input type="checkbox"/>	أعزب	الحالة العائلية :
<input type="checkbox"/>	إعدادي	<input type="checkbox"/>	إبتدائي	<input type="checkbox"/>	لا شئ	المستوى الثقافي :
		<input type="checkbox"/>	جامعي	<input type="checkbox"/>	ثانوي	
		<input type="checkbox"/>	ضابط صف	<input type="checkbox"/>	جندي	- الدرجة :
<input type="checkbox"/>	بحرية	<input type="checkbox"/>	جو	<input type="checkbox"/>	مشاة- أرض	- الانتماء :
		<input type="checkbox"/>	قوات م	<input type="checkbox"/>	درك	
		<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	- مهمات متعددة :
		<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	- العمل بالخطوط الامامية :
		<input type="checkbox"/>	نائية	<input type="checkbox"/>	حضرية	- منطقة العمل :
		<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	- السكنى بالثكنة :
		<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	- إن لا فهل تسكن مع العائلة :

بالنسبة للاسئلة الآتية، المرجو وضع علامة في الخانة التي تتاسب إعتقادكم وشكرا

غير متفق تماما	غير متفق	متفق	جد متفق	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 - أظن أنه علي ان اناقش مع شريكي الجنسي سوابقه الجنسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل ان اقرر استعمال او عدم استعمال الواقي الطبي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 - أظن انني استطيع معرفة ما اذا كان شخص ما مصاب بفيروس السيدا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 - اظن ان بعض الاشخاص اكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالسيدا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 - اظن انني استطيع معرفة ما اذا كان شخص ما مصاب بمرض السيدا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 - اظن ان السيدا مرض قاتل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 - اظن ان السيدا اكثر خطورة من كل الامراض التي اعرفها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 - اظن ان مرض السيدا لا يمكن علاجه ولو تم تشخيصه مبكرا

1/100000 1/10000 1/1000 %1 %10 %100

8 - اذا لم اغير تصرفاتي الجنسية واذا لم استعمل الواقي الطبي

فان حظوظ اصابتي بفيروس السيدا ستكون:

1/100000 1/10000 1/1000 %1 %10 %100

9 - اذا لم اغير تصرفاتي الجنسية واذا استعملت الواقي الطبي

فان حظوظ اصابتي بفيروس السيدا ستكون:

جد متفق متفق غير متفق غير متفق  
تماما

10 - اذا ما اظهرت التحليلات الطبية على انني مصاب بفيروس السيدا  
فانني سأقبل بهذه النتيجة

11 - اظن انني معرض للاصابة بمرض السيدا

12 - اظن ان الجنود اكثر عرضة للاصابة بالسيدا من المدنيين

13 - لا اتحمل الامتثال للاجراءات الوقائية بصفة عامة

14 - استعمال الواقي الطبي محرج بالنسبة لي

15 - اظن ان استعمال الواقي الطبي مخل بالقيم الاجتماعية

16 - غالبا ما اميل الى عدم استعمال الواقي الطبي

17 - اظن انني لا استطيع الاكتفاء بمعاشرة شريك جنسي واحد

18 - اظن انني سأكون محرجا عند الذهاب لشراء الواقي الطبي

19 - اظن انني لا استطيع ان احمل في جيبتي الواقي الطبي

20 - اظن ان مجرد حمل الواقي الطبي معي يدعو الاخرين الى الاعتقاد

بانني ابحث على علاقات جنسية

21 - اظن انني لا استطيع التوقف اثناء ممارسة الجنس لوضع الواقي الطبي

22 - اظن انني لا اتحمل استعمال الواقي الطبي

23 - اظن ان الممارسة الجنسية اقل لذة عند استعمال الواقي الطبي منها

عند عدم استعماله

24 - اظن ان الواقي الطبي سيعيق لذتي الجنسية

25 - اظن ان الواقي الطبي سيعيق اللذة الجنسية عند شريكي الجنسي

26 - اظن ان الواقي الطبي قد يحسن الثقة بين الشريكين

27 - اظن ان استعمال الواقي الطبي تصرف عاقل

28 - اظن ان استعمال الواقي الطبي سيقيني من السيدا

29 - اظن ان شريكي الجنسي قد يعديني اذا لم استعمل الواقي الطبي

غير متفق تماما غير متفق متفق جد متفق

30 - اظن انني قادر على ان اقول لشريكي الجنسي الدائم على انني اريد ان نستعمل الواقي الطبي

31 - اظن انني قادر على ان اقول لشريك جنسي حديث المعرفة على انني اريد ان نستعمل الواقي الطبي

32 - اظن انني استطيع اقناع شريكي الجنسي على ان يمتنع على اية ممارسة جنسية غير محمية

33 - اظن انني اعرف كيفية استعمال الواقي الطبي

34 - اظن انني سأجد معي الواقي الطبي كلما دعت الضرورة لاستعماله

35 - اظن على انني قادر على استعمال الواقي الطبي كلما قررت القيام بذلك

36 - اظن انني قادر على رفض القيام بممارسة جنسية مع شريكي الجنسي الدائم اذا ما رفض ان نستعمل الواقي الطبي

37 - اظن على انني قادر على رفض ممارسة الجنس مع شخص حديث المعرفة ولو اعجبني كثيرا

38 - اظن انني قادر على رفض القيام بممارسة جنسية مع شريكي الجنسي الدائم اذا لم اكن مستعد لذلك

39 - اظن انني قادر على القيام بتصرفات وقائية كلما احسست بخطر يهدد صحتي

ابدأ احيانا غايبا دائما

1 - استعملت الواقي الطبي خلال الستة اشهر الماضية

2 - استعملت الواقي الطبي خلال الشهر الماضي

3 - استعملت الواقي الطبي خلال آخر علاقة جنسية

- الجنس : ذكر  أنثى
- السن : 29 - 18  39 - 30  45 - 40
- الحالة العائلية : أعزب  متزوج  مطلق
- المستوى الثقافي : لا شئ  ابتدائي  إعدادي
- الدرجة : ثانوي  جامعي
- الانتماء : جندي  ضابط صف
- الإنتماء : مشاة- أرض  جو  بحرية
- مهام متعددة : درك  قوات م
- العمل بالخطوط الامامية : نعم  لا
- منطقة العمل : حضرية  نائية
- السكنى بالثكنة : نعم  لا
- إن لا فهل تسكن مع العائلة : نعم  لا

بالنسبة للأسئلة الآتية، المرجو وضع علامة في الخانة التي تناسب إعتقادكم وشكرا

- | جد متفق                  | متفق                     | غير متفق                 | غير متفق<br>تماما        |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 - اظن ان السيدا مرض قاتل

6 - اظن ان السيدا اكثر خطورة من كل الامراض التي اعرفها

7 - اظن ان مرض السيدا لا يمكن علاجه ولو تم تشخيصه مبكرا

1/100000 1/10000 1/1000 %1 %10 %100

8 - اذا لم اغير تصرفاتي الجنسية واذا لم استعمل الواقي الطبي

فان حظوظ اصابتي بفيروس السيدا ستكون:

1/100000 1/10000 1/1000 %1 %10 %100

9 - اذا لم اغير تصرفاتي الجنسية واذا استعملت الواقي الطبي

فان حظوظ اصابتي بفيروس السيدا ستكون:

جد متفق متفق غير متفق غير متفق

11 - اظن انني معرض للاصابة بمرض السيدا

12 - اظن ان الجنود اكثر عرضة للاصابة بالسيدا من المدنيين

13 - لا اتحمل الامتثال للاجراءات الوقائية بصفة عامة

14 - استعمال الواقي الطبي محرج بالنسبة لي

15 - اظن ان استعمال الواقي الطبي مخجل بالقيم الاجتماعية

16 - غالبا ما اميل الى عدم استعمال الواقي الطبي

18 - اظن انني ساكون محرجا عند الذهاب لشراء الواقي الطبي

19 - اظن انني لا استطيع ان احمل في جيبتي الواقي الطبي

20 - اظن ان مجرد حمل الواقي الطبي معي يدعو الاخرين الى الاعتقاد

بانتي ابحث على علاقات جنسية

22 - اظن انني لا اتحمل استعمال الواقي الطبي

23 - اظن ان الممارسة الجنسية اقل لذة عند استعمال الواقي الطبي منها

عند عدم استعماله

24 - اظن ان الواقي الطبي سيعيق لذتي الجنسية

25 - اظن ان الواقي الطبي سيعيق اللذة الجنسية عند شريكي الجنسي

26 - اظن ان الواقي الطبي قد يحسن الثقة بين الشريكين

27 - اظن ان استعمال الواقي الطبي تصرف عاقل

28 - اظن ان استعمال الواقي الطبي سيقيني من السيدا

29 - اظن ان شريكي الجنسي قد يعديني اذا لم استعمل الواقي الطبي

غير متفق تماما غير متفق متفق جد متفق

30 - اظن انني قادر على ان اقول لشريكي الجنسي الدائم على انني اريد ان

نستعمل الواقي الطبي

31 - اظن انني قادر على ان اقول لشريك جنسي حديث المعرفة على انني

اريد ان نستعمل الواقي الطبي

33 - اظن انني اعرف كيفية استعمال الواقي الطبي

34 - اظن انني سأجد معي الواقي الطبي كلما دعت الضرورة لاستعماله

35 - اظن على انني قادر على استعمال الواقي الطبي كلما قررت القيام بذلك

36 - اظن انني قادر على رفض القيام بممارسة جنسية مع شريكي الجنسي

الدائم اذا ما رفض ان نستعمل الواقي الطبي

37 - اظن على انني قادر على رفض ممارسة الجنس مع شخص حديث

المعرفة ولو اعجبني كثيرا

38 - اظن انني قادر على رفض القيام بممارسة جنسية مع شريكي الجنسي

الدائم اذا لم اكن مستعد لذلك

39 - اظن انني قادر على القيام بتصرفات وقائية كلما احسست بخطر يهدد

صحتي

ابدا احيانا غالبا دائما

41 - استعملت الواقي الطبي خلال الستة اشهر الماضية

2 - استعملت الواقي الطبي خلال الشهر الماضي

3 - استعملت الواقي الطبي خلال آخر علاقة جنسية