

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET
EDUCATIVES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE
SOCIALE EXPERIMENTALE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

POST GRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

LABORATORY OF SOCIAL
EXPERIMENTAL PSYCHOLOGY

Croyances chrétiennes et prise de risque chez les
conducteurs de mototaxis au Cameroun.

Mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du Master en Psychologie

Spécialité : Psychologie sociale expérimentale

Par :

Pierre Loti PITY BAHETEN
Titulaire d'une Licence en Psychologie

Sous la direction de :

Adrien Edouard MVESSOMBA
Professeur titulaire des universités

MEMBRES DU JURY :

President : Pr MGBWA Vandelin (MC) ; Examineur : Pr NOUBISSIE
Claude Desire (MC) et Rapporteur : Pr Adrien Edouard MVESSOMBA.

Mercredi, 27 Juillet 2022.



SOMMAIRE

DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	iv
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PRÉMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	3
CHAPITRE PREMIER: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	4
CHAPITRE DEUXIÈME: REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	30
CHAPITRE TROISIÈME : THÉORIES EXPLICATIVES DU SUJET.....	76
DEUXIÈME PARTIE: CADRE OPÉRATOIRE	99
CHAPITRE QUATRIÈME : APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	100
CHAPITRE CINQUIÈME: PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	117
CHAPITRE SIXIÈME : SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	140
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	158
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	160
ANNEXES.....	186
TABLE DES MATIÈRES	197

À

Mes Parents: Feu BAHETEN Jean et Mme BAHETEN née OUMELANG Jeanne D'Arc.

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce travail n'aurait pas été possible sans les contributions de plusieurs personnes auxquelles je tiens à exprimer ma gratitude. Je tiens tout d'abord, à remercier mon Directeur de mémoire le Professeur Adrien Edouard MVESSOMBA pour son encadrement, ses conseils et surtout ses critiques, sa rigueur et sa discipline au travail, qui m'ont amené plusieurs fois à me surpasser.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I pour leur encadrement tout au long de mon cursus académique. Je remercie également les membres du jury pour avoir accepté d'examiner ce travail.

Ensuite, à tous les membres de l'équipe de recherche du Professeur MVESSOMBA. Particulièrement à Ange Patient BILONG et Fabrice ETOUNDI BALA, pour leurs critiques, leurs conseils et leur disponibilité. A tous les autres membres de cette équipe, je tiens à reconnaître leurs contributions à la réussite de ce travail.

Un merci à tous les enquêtés et les présidents des associations de mototaxis pour m'avoir aidé à renseigner mon questionnaire et pour m'avoir accordé les autorisations d'accès à leurs réunions.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers mon épouse Mme PITY Adeline, mes enfants : Belange Lydie PITY ONGMELANG, Lealisa Manuela PITY BEGNONE et Nathan Étienne PITY MOULIOM. Mes nièces et neveux : Nolan, Shelby, Meldi, Junior, Jessi, Christabelle et Alexandra. Mes frères et sœurs : Sylvestre BAHETEN, Steve BAHETEN, John BAHETEN, Nicolas BAHETEN, Jean Noël BAHETEN, Florence BAHETEN et Jean Pierre BAHETEN et Augustine BELING. Mes beaux-frères et belles sœurs, particulièrement Dorothée BWESLEBA et Rose MOULIOM. Mes oncles et tantes : Bruno IBOKLENE, Richard BONDOL, Philomène LEBELA et Catherine NGONO ; mes amis : Patrick SAMBA SAMBA, Jacqueline EKANI MVONDO, Serge SAAH, Dr Jean Claude ETOUNDI et Dr Nicanor KAMGUE pour leur soutien multiforme et leur amitié.

Enfin, Aux familles BAHETEN, BOUSSOUM, EFFALT et MOULIOM pour leur aide et leur soutien indéfectible.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

ADRA: Adventist Development and Relief Agency

ANOVA : Analyse de la Variance à un facteur

BAD : Banque Africaine de Développement

BM : Banque Mondiale

BUCREP : Bureau Central de Recherche des Etudes sur la Population

CEESAR : Centre Européen d'Etudes de Sécurité d'Analyses des Risques

CEMAC : Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale

CHUY : Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé

DGSN : Délégation Générale à la Sureté Nationale

DTT : Direction des Transports Terrestres

ESSTIC : Ecole Supérieure des Sciences et Technologies de l'Information et de la Communication

FEVR : Fond Européen desVictimes de la Route

GN : Gendarmerie Nationale

HBM: Health Belief Model

IAI: Institut Africain d'Informatique

IST: Infection Sexuellement Transmise

MINT : Ministère des Transports

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONISR : Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière

OSERPAC : Organisation pour la Sécurité Routière et la Prévention des Accidents de la Circulation

PNB : Produit National Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

SAMU : Services d'Aide Médicale Urgence

SED : Secrétariat d'Etat à la Défense.

SND30 : Stratégie Nationale de Développement 2020 -2030

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TCP : Théorie du Comportement Planifié

UA : Union Africaine

UCAC : Université Catholique d'Afrique Centrale

UPAC : Université Protestante d'Afrique Centrale

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH/SIDA : Virus de l'Immuno Déficience Acquise

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1	7
Figure 2	77
Figure 3	85
Figure 4	95
Tableau 1: <i>Accidents de circulation routière</i>	8
Tableau 2: <i>Répartition des participants dans les différentes conditions expérimentales</i>	103
Tableau 3: <i>Le plan de recherche</i>	104
Tableau 4: <i>Plan d'expérience</i>	106
Tableau 5: <i>Résultats du calcul de l'alpha de Cronbach des dimensions de l'échelle de la TCP</i>	113
Tableau 6: <i>Résultats du calcul de l'alpha de Cronbach des dimensions de l'échelle des croyances chrétiennes</i>	114
Tableau 7: <i>Variation des dimensions de la prise de risque en fonction de l'âge</i>	117
Tableau 8: <i>Comparaison de moyennes des dimensions de la prise de risque chez les participants en fonction de l'âge</i>	119
Tableau 9: <i>Variation des dimensions de la prise de risque en fonction du niveau d'instruction</i>	119
Tableau 10: <i>Comparaison de moyennes des dimensions de la prise de risque chez les participants en fonction du niveau d'instruction</i>	121
Tableau 11: <i>Variation des dimensions de la prise de risque en fonction des années d'expérience</i>	122
Tableau 12: <i>Comparaison de moyennes des dimensions de la prise de risque chez les participants en fonction des années d'expérience</i>	123
Tableau 13: <i>Variation des dimensions de la prise de risque en fonction de l'appartenance religieuse</i>	124
Tableau 14: <i>Comparaison de moyennes des dimensions de la prise de risque chez les participants en fonction de l'appartenance religieuse</i>	125
Tableau 15: <i>Variation des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu</i>	127
Tableau 16: <i>Comparaison des moyennes des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu</i>	127
Tableau 17: <i>Variation des normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu</i>	129
Tableau 18: <i>Comparaison des moyennes des normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu</i>	129
Tableau 19: <i>Variation des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu</i>	130

Tableau 20: <i>Comparaison des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu</i>	130
Tableau 21: <i>Variation du contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu</i>	132
Tableau 22: <i>Comparaison des moyennes du contrôle comportemental perçu envers le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu</i>	132
Tableau 23: <i>Variation des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles</i>	133
Tableau 24: <i>Comparaison des moyennes des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles</i>	133
Tableau 25: <i>Variation des normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles</i>	135
Tableau 26: <i>Comparaison des moyennes des normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles</i>	135
Tableau 27: <i>Variation des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles</i>	136
Tableau 28: <i>Comparaison des moyennes des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles</i>	137
Tableau 29: <i>Variation du contrôle comportemental perçu envers le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles</i>	138
Tableau 30: <i>Comparaison des moyennes du contrôle comportemental perçu envers le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles</i>	138

RÉSUMÉ

Ce travail de recherche avait pour objectif d'étudier l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis camerounais. En effet, les statistiques permettent de constater que les accidents dans le secteur routier restent effectifs et le nombre d'accidents de motos va sans cesse grandissant. Dans cette étude, 300 participants étaient soumis à un questionnaire constitué de l'échelle des croyances de Goggin (2007) et des items issus de la théorie du comportement planifié servant à mesurer la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Ce questionnaire était différencié par des textes d'amorçage permettant l'activation des croyances chrétiennes (groupe expérimental 1), l'activation de la non croyances chrétiennes (groupe expérimental 2) et l'activation neutre (groupe contrôle). De même, les participants sélectionnés par échantillonnage à choix raisonné étaient affectés de manière aléatoire dans les différents groupes (n= 100 pour chaque groupe) avant l'administration du questionnaire. Les résultats indiquent que la croyance en Dieu et les pratiques rituelles ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Cela signifie que ces modalités ont un effet sur les attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant, sur les normes subjectives et sur le contrôle comportemental perçu. Dans la perspective d'un changement de comportement dans le secteur des mototaxis en contexte camerounais, ce travail propose une vision nouvelle. Celle-ci suggère de prendre en compte les biais de la perception en général et les croyances chrétiennes en particulier dans l'élaboration des programmes de sensibilisation, de la réglementation et des mesures de sécurité.

Mots clés : Croyances chrétiennes, croyance en Dieu, pratiques rituelles, prise de risque routier, mototaxis.

ABSTRACT

This work aimed at studying the effect of Christian beliefs on risk taking of Cameroonian motorbike drivers. In this regard, statistics show that accidents of motorbike drivers remain effective and they are increased. In this study, 300 participants response to a questionnaire. The latter stands for the religiosity scale of Goggin (2007) and the items resulting from the planned behavior theory that is used to measure risk taking in the road in general and of motorbike drivers in particular. This questionnaire was distinguished by initial texts activating the feeling to be believer (experimental group 1), the feeling to be unbeliever (experimental group 2) and the neutral activation (controlled group). The selected participants have equally been grouped in an uncertain way (n=100 for each group) before the giving out of questionnaire. The findings indicate that the belief in God and the ritual practices lead to risk taking of motorbike drivers. This means that, both modalities impact on attitudes towards the unwear of helmet and non-respect of interdiction to consume alcohol while driving, subjective norms and perceived behaviour control. This piece of research proposes a new vision in the motorbike drivers sector in Cameroonian's context, in the perspective of changing behaviour. This vision proposes to consider the perception biases in general and the Christian beliefs in particular in the setting of sensitization programs, the reglementation and safety measures.

Keywords: Christian beliefs, belief in God, ritual practices, roadrisk taking, motorbike drivers.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le Cameroun qui veut être émergent d'ici l'horizon 2035 a besoin pour investir dans l'avenir, des femmes et des hommes en bonne santé tel que stipulé dans le document Stratégie Nationale de Développement 2020 -2030 (SND30). C'est la raison pour laquelle, l'Etat a pris et continue de prendre des mesures pour la réduction des accidents de la route en général et ceux des mototaxis en particulier. Bien que les accidents de mototaxis évoluent en dents de scie, de 1588 morts en 2011 à 1196 morts en 2016. Pour le Ministère des transports (MINT, 2018), la situation demeure préoccupante. D'où tout l'intérêt de se pencher sur cette question qui a plusieurs conséquences aussi bien sur les plans sanitaire, humain, économique que sur le plan infrastructurel.

Ce constat empirique étant établi, nous avons aussi fait un constat théorique qui montre que de nombreuses recherches se sont intéressées aux comportements des conducteurs en général, et à ceux des mototaxis sur la route en particulier. Et parmi ces comportements, nous avons recensé : la colère, l'optimisme comparatif, le stress, le sentiment d'invulnérabilité, la recherche des sensations, etc. De cette multitude de comportements des conducteurs, nous nous sommes intéressé aux croyances chrétiennes car les résultats de plusieurs travaux à l'instar de (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018) ont montré qu'il existe une corrélation entre les croyances et la prise de risque. Ce qui nous a amené à libeller notre sujet comme suit : « Croyances chrétiennes et prise de risques chez les conducteurs de mototaxis au Cameroun ». C'est de là que découle l'hypothèse que nous avons formulée ainsi qu'il suit : les croyances chrétiennes ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Une échelle des croyances de Goggin (2007) et les items sur le comportement planifié (attitudes, normes injonctives, normes descriptives, contrôle comportemental perçu et intention) ont constitué notre questionnaire avec des textes d'amorçage. Nous avons traité les données collectées par l'analyse de la variance à un facteur (ANOVA).

Cette étude s'articule autour de deux principales parties à savoir : un cadre théorique et un cadre opératoire. La première partie est subdivisée en trois chapitres : le chapitre premier traite de la problématique ; le chapitre deuxième est consacré aux travaux sur la prise de risque, sur les croyances et sur la prise de risque et les croyances ; le chapitre troisième présente les théories de référence. La deuxième partie est également subdivisée en trois chapitres : le chapitre quatrième aborde l'approche méthodologique ; le chapitre cinquième

présente les données et l'analyse des résultats et le chapitre sixième est consacré à la synthèse et à la discussion des résultats.

PRÉMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

Cette première partie de notre travail présente les principaux éléments (problématique, littérature sur la thématique et les théories) qui constituent la base de notre étude. Ces éléments permettent de converger principalement vers la formulation théorique de cette dernière. Elle est subdivisée en trois chapitres. Le chapitre premier porte sur la problématique de l'étude, le chapitre deuxième concerne la recension des travaux relatifs à la prise de risque en général, à la prise de risque routière en particulier et aux croyances. Le chapitre troisième quant à lui, traite des théories utilisées comme grille de lecture du comportement étudié.

CHAPITRE PREMIER: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Dans ce chapitre, nous commençons par le contexte empirique marqué par la situation des accidents routiers dans le monde et au Cameroun en général et ceux causés par les motos taxis, en particulier. De ce constat empirique, a découlé le problème de recherche. Un constat théorique a été présenté en vue d'une lecture psychosociale de la prise de risque. A cet effet, les croyances religieuses ont été retenues comme facteur explicatif de la prise de risque qui est l'une des principales causes des accidents routiers. En plus des articulations précédentes, l'objectif et l'intérêt de cette étude ont été présentés.

1.1. Contexte empirique

La révolution industrielle survenue en Europe à la fin du XVIII^e siècle, a fait reculer le taux de mortalité lié aux IST et autres maladies. A l'inverse, elle a fait accroître considérablement le taux de mortalité lié aux accidents de la circulation Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1960. Pour donner une idée de l'ampleur du problème des accidents routiers, il suffit de signaler qu'en 1957, dans les 47 Etats membres de l'OMS qui fournissent les données distinctes sur les accidents dus aux véhicules à moteurs, le nombre de personnes tuées suite aux accidents de la circulation routière s'est élevé à 102552 cas pour une population totale d'environ 650 millions de personnes (OMS, 1960). Après plus de 50 ans, ce constat reste d'actualité et le nombre de personnes tuées par les accidents de la route est en nette progression soit 1,35 millions en 2016. Les accidents de la route sont de plus en plus meurtriers et leurs conséquences sur les plans physiques, sociaux, psychologiques et économiques restent importantes tant au niveau de la victime que de ses proches.

Diverses situations du trafic routier sont susceptibles d'entraîner des accidents de la circulation qui constituent un problème majeur de santé publique dans le monde. Dans le Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation en 2004, la répartition des accidents de circulation est la suivante: 44% en Asie Pacifique, 13% en Amérique Latine, 6% au Moyen Orient et en Afrique du Nord, 14% dans les pays à fort taux de motorisation (Benin, Togo, Mali, Cameroun, Niger, etc.), 11% en Afrique Subsaharienne, 12% en Europe Centrale et Orientale. En France, les tués par accident de circulation ont augmenté de 38% en 2008. Pour ce qui est des accidents de la route au Mali, on a dénombré en 2006, 7472 victimes dont 642 tués; en 2009, on a enregistré 9411 accidents dont 573 décès et en 2010, 8100 victimes dont 642 tués. En Algérie, on dénombre, entre 1970 et 2007, 127 049 tués et 1430 503 blessés sur 1190 831 accidents de la route.

Selon l'OMS (2009), on estime à 1,2 million de personnes tuées dans les accidents de la route et pas moins de 50 millions de blessées chaque année. Cela représente 2,1% de la mortalité mondiale. De plus, la réparation des dommages des accidents routiers coûte environ 1 % du Produit National Brut (PNB) aux pays à faible revenu; 1,5 % aux pays à revenu intermédiaire et 2 % aux pays à revenu élevé (Peden et al., 2004). L'OMS (2009) estime le coût mondial annuel de réparation des dommages dus aux accidents de la route à environ 518 milliards de dollars. Ce coût s'élève à 65 milliards de dollars pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. C'est-à-dire, plus de ce qu'ils reçoivent au titre de l'aide au développement. En outre, plus de 90% des décès dus aux accidents routiers surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pourtant, on n'y compte que 48% du parc mondial de véhicules (OMS, 2004). Selon les projections de l'OMS, entre 2000 et 2020, les décès dus aux accidents de la circulation diminueront d'environ 30% dans les pays à revenu élevé mais augmenteront significativement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces accidents devraient représenter d'ici 2030 la cinquième principale cause mondiale de traumatismes et de mortalité (OMS, 2009). Le Cameroun est aussi concerné par ces accidents routiers, qui constituent un problème de santé publique.

Selon l'OMS et la Banque Mondiale (BM), 2010, les accidents de la route font près de 50 millions de victimes pour 1,3 millions de personnes tuées et 50 millions de handicapés à vie dans le monde par an. Il y a 35 fois plus de morts sur les routes africaines comparativement à l'Europe. Après analyse de cette situation, il ressort que 50% de victimes sont des jeunes Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 2011. Les statistiques présentées par l'OMS (2011) font état au niveau mondial, de 20% de décès dus aux accidents de la circulation, 20 à 50% de personnes blessées qui gardent des traumatismes à vie. En effet, environ 1,3 million de décès sont causés chaque année dans le monde par les accidents de la route, entraînant ainsi un nombre incalculable d'invalidités et des pertes économiques inestimables (OMS, 2010). Ainsi, lorsque dans les pays européens on compte 11 morts pour 100000 habitants, dans les pays africains on compte plus du double (28 morts pour 100000 habitants).

Selon l'OMS (2018), le nombre de décès dus aux accidents de la circulation continue d'augmenter régulièrement, atteignant 1,35 millions en 2016, alors que les taux de décès par rapport à la taille de la population mondiale restent constants. Si l'on tient compte de la hausse de la population mondiale et de l'augmentation rapide du nombre de véhicules à

moteur qui ont eu lieu sur la même période, cela laisse entendre que les mesures de sécurité routière existantes ont probablement empêché que la situation s'aggrave. Mais cela indique également que les progrès vers la réalisation de la cible 3.6 de l'objectif de développement durable (d'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès dus aux accidents de la circulation) sont loin d'être suffisants. Les traumatismes dus aux accidents de la circulation sont la huitième cause de décès pour tous les groupes d'âge, faisant désormais plus de victimes que le VIH/SIDA, la tuberculose ou les maladies diarrhéiques. Ces traumatismes sont actuellement la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes de 5 à 29 ans.

Si plusieurs pays ont pu réduire le nombre de décès dus aux accidents de la circulation ces dernières années, les progrès varient considérablement selon des régions et les pays du monde. Un lien étroit persiste entre le risque de décès dû à un accident de la circulation et le niveau de revenu des pays. Avec un taux moyen de 27,5% de décès pour 100.000 habitants, le risque de décès dû à un accident de la circulation est trois fois plus élevé dans les pays à revenu faible que dans les pays à revenu élevé où ce taux est de 8,3% de décès pour 100.000 habitants. En outre, la charge des décès dus aux accidents de la circulation est disproportionnée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par rapport à la taille de leur population et au nombre de véhicules à moteur en circulation (OMS, 2018). Aucun pays à revenu faible n'a enregistré de baisse du nombre de décès dus aux accidents de la circulation depuis 2013, alors que de baisses ont été observées dans 48 pays à revenu intermédiaire ou élevé. Globalement, le nombre de décès a augmenté dans 104 pays durant cette période (OMS, 2018).

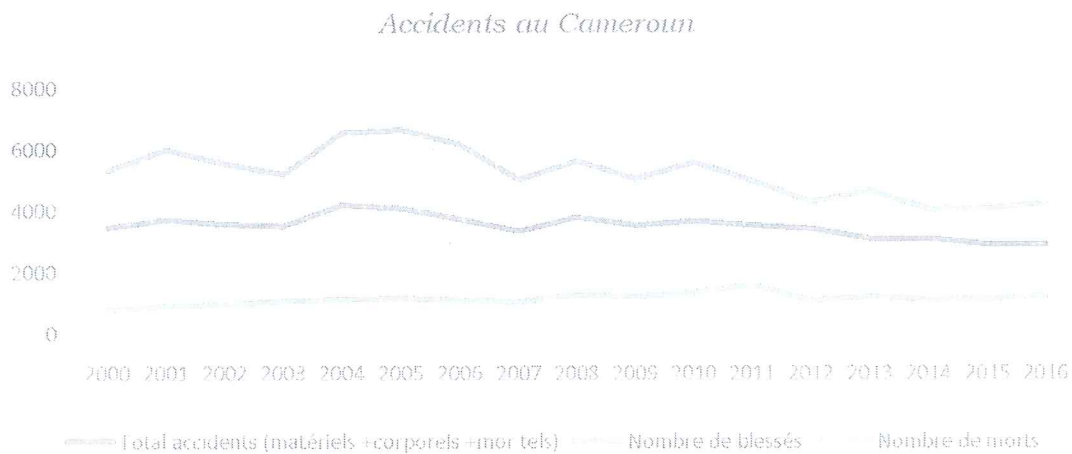
Le taux de décès dus aux accidents de la circulation à l'échelle mondiale est de 18,2% pour 100.000 habitants, mais il varie considérablement selon les régions, se situant entre 9,3% et 26,6% pour 100.000 habitants. Les régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud Est ont les taux régionaux de décès dus aux accidents de la circulation les plus élevés, avec respectivement 26,6% et 20,7% de décès pour 100.000 habitants (OMS, 2018). En termes de progrès réalisés, les taux de décès ont baissé dans trois régions sur six (Amérique, Europe et Pacifique occidental) depuis 2013. Les différences de taux de mortalités observés entre les régions et les pays correspondent également aux différences dans les types d'usagers de la route les plus touchés. Les usagers vulnérables de la route (piétons, cyclistes et motocyclistes) représentent plus de la moitié des décès dans le monde (OMS, 2018). Les piétons et les cyclistes représentent 26% de tous les décès, les utilisateurs des deux ou trois

roues motorisées 28%, les occupants du véhicule 29% et les 17% restant concernent les usagers de la route non identifiés. L'Afrique compte le taux le plus élevé de mortalité de piétons et de cyclistes avec 44% de décès (OMS, 2018). La situation des accidents routiers dans le monde étant ainsi présentée, qu'en est-il de celle du Cameroun ?

1.2. Situation des accidents de la route au Cameroun

Figure 1

Evolution des accidents au Cameroun



Note. MINT (2018)

Le Cameroun n'est pas épargné par les accidents de la route. De 1994 à 2005, on a dénombré environ 41041 cas d'accidents de la circulation dont 58147 blessés et 11488 morts (La sécurité routière au Cameroun, 2005). Les décès dus aux accidents de la circulation routière occupent la deuxième position parmi les tueurs après le paludisme Gendarmerie Nationale (GN), 2007. D'après la Fondation Jane et Justice (2007), « la route tue plus que le SIDA ». Le graphique ci-dessous indique une baisse du nombre d'accidents (matériels, corporels et mortels) de 3522 en 2011, à 2895 en 2016. Cette tendance à la baisse est aussi observée pour le nombre de blessés qui est passé de 4980 en 2011 à 4234 en 2016. S'agissant du nombre de morts, entre 2011 et 2016 nous observons une baisse de 1588 morts en 2011 à 1196 morts en 2016. Toutefois, malgré ces baisses observées, la situation reste préoccupante.

Tableau 1

Accidents de circulation routière

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ACCIDENTS MATERIELS																	
Nombre d'accidents	853	922	935	898	1016	902	780	697	869	827	861	828	860	767	821	769	876
ACCIDENTS CORPORELS																	
Nombre d'accidents	2008	2085	1897	1879	2300	2290	2140	1829	1979	1728	1837	1629	1524	1407	1388	1286	1207
ACCIDENTS MORTELS																	
Nombre d'accidents	597	680	716	712	863	887	806	791	933	947	954	1065	1014	867	852	841	809
TOTAL ACCIDENTS (MATERIELS+CORPORELS+MORTELS)																	
Total accidents	3458	3687	3548	3489	4179	4079	3726	3317	3781	3502	3652	3522	3398	3071	3064	2896	2895
NOMBRE DE BLESSES																	
Blessés	5308	5982	5540	5187	6526	6631	6149	5016	5608	5038	5575	4980	4284	4630	4043	4058	4234
NOMBRE DE MORTS																	
Morts	761	876	939	1058	1102	1150	1085	1018	1253	1189	1328	1588	1058	1170	1081	1091	1196

Note. MINT (2018)

Du tableau 1, on observe que le nombre d'accidents et le nombre de personnes tuées sur la route évoluent en dents de scie car s'agissant des accidents matériels, ils sont passés de 853 en 2000 à 697 en 2007 pour augmenter à 876 en 2016. Quant aux accidents corporels, nous observons 2008 cas en 2000 et 1629 en 2011, alors qu'en 2016 ils diminuent à 1207 cas. Enfin, concernant les accidents mortels, ils sont passés de 597 en 2000 à 1065 en 2011 pour ensuite baisser à 809 en 2011. Le tableau 1 présente aussi les totaux des accidents matériels, corporels et mortels. C'est ainsi que le nombre des blessés est passé de 5308 en 2000 à 4234 en 2016, alors que le nombre de morts est passé de 761 en 2000 à 1196 en 2016. In fine, on observe une augmentation du nombre de morts. Les statistiques des accidents routiers ainsi présentées sont d'ordre général. Il s'agira à présent de présenter le cas particulier des accidents de motos taxis.

1.3. Statistiques des accidents de motos taxis

Pour ce qui est des accidents de la route dus aux motos taxis, en 2006, 41% des personnes tuées par accidents de la circulation sont des usagers de motos taxis (Ministère des Transports (MINT), 2006). Au cours de la même année, le Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY) a enregistré 600 cas d'accidents de motos taxis, avec 150 décès. En 2007, l'hôpital Laquintinie de Douala a reçu tellement d'accidentés par moto qu'un de ses pavillons a été baptisé « pavillon Ben-skin » (Djiejpmo, 2008). En 2010, on a enregistré 351 accidents de motos taxis avec 149 morts et 202 blessés. En 2011, le Chef de Service de Traumatologie de l'Hôpital Laquintinie de Douala a déclaré que sur 16177 cas enregistrés au service des urgences, 2311 cas sont dus aux motos taxis. Il ajoute par ailleurs qu'il ne se passe pas un jour où on ne parle d'accident de moto dans nos grandes villes. En 2011, 35% de personnes tuées sur nos routes sont imputés aux motos taxis et plus encore dans les zones urbaines. Les victimes de ces différents accidents sont des jeunes âgés de 15 à 22 ans (MINT, 2010). L'Organisation pour la Sécurité Routière et la Prévention des Accidents de la Circulation (OSERPAC), 2010 a déclaré que le taux de mortalité chez les deux roues motorisées est deux fois plus élevé que chez les automobilistes. En 2011, on a enregistré 332 accidents corporels, 235 accidents mortels, 669 blessés et 288 morts. En 2012, il y a eu 245 accidents corporels, 221 accidents mortels, 508 blessés et 231 morts. En 2013, on a enregistré 256 accidents corporels, 231 accidents mortels, 548 blessés et 291 morts Secrétariat d'Etat à la Défense (SED), 2013. D'après la Délégation Générale à la Sureté Nationale (DGSN), il y a eu en 2014, 281 accidents corporels ; 232 en 2015, 283 en 2016, 335 en 2017, 275 en 2018, 280 en 2019 et 266 en 2020. Selon une étude du Bureau Central de Recherche des Etudes sur la

Population (BUCREP) réalisée en 2017, il y a eu 71.8% de blessures légères ; 20.5% de fractures ; 5.7% de traumatismes et 2.1% de décès dus aux accidents de mototaxis. Les accidents mortels en 2014 étaient au nombre de 225, 223 en 2015, 221 en 2016, 219 en 2017, 217 en 2018, 215 en 2019 et 213 en 2020. Quant aux nombres de morts, en 2014, il y en avait 273, 275 en 2015, 276 en 2016, 278 en 2017, 279 en 2018, 281 en 2019 et 282 en 2020. Toujours selon la DGSN, en 2014 on a enregistré 453 blessés, 392 en 2015, 331 en 2016, 270 en 2017, 208 en 2018, 347 en 2019 et 486 en 2020.

Des chiffres qui précèdent, nous constatons qu'en 2013, il y a eu une augmentation des accidents de mototaxis à tous les niveaux. On est passé de 245 accidents corporels en 2012 à 256 en 2013, de 221 accidents mortels en 2012 à 231 en 2013, de 508 blessés en 2012 à 548 en 2013, de 231 morts en 2012 à 291 morts en 2013. En 2017, on a enregistré 2.1% de décès, de 279 morts en 2018 à 281 en 2019 et 282 en 2020. Les accidents mortels quant à eux, ont décliné de 2014 en 2020 et concernant les accidents corporels et les blessés, on note une évolution en dents de scie. Tous les accidents de motos taxis ne sont pas constatés par les agents de sécurité, la DGSN ne dispose pas d'un système de centralisation des statistiques. Nous nous sommes donc trouvé obligé de travailler avec celles-là et en plus de celles des sources médiatiques. Les statistiques qui précèdent montrent que la situation des accidents de mototaxis reste préoccupante. Ces accidents ont plusieurs causes.

1.4. Les causes des accidents routiers

Les accidents routiers sont dus à plusieurs facteurs : les facteurs humains, les facteurs mécaniques et les facteurs infrastructurels. Les facteurs humains qui s'expliquent ici par l'ensemble des variables liées à l'individu susceptibles d'avoir une incidence sur le comportement de conduite et sur l'occurrence d'accident (Elvik & Vaa, 2004). Les facteurs humains sont responsables de 80,97% d'accidents, les facteurs mécaniques sont à l'origine de près de 15,39% d'accidents et les facteurs infrastructurels causent environ 3,64% d'accidents de la route (MINT, 2017).

Au niveau des facteurs humains, des études (Michel, 2001; Assailly, 2001; Abou, 2004) ont montré que les causes des accidents de la circulation routière sont liées au non-respect du code de la route. Ce non-respect se décline en dépassements irréguliers qui occupent une place très importante. Une étude réalisée en 2007 sur l'axe routier Yaoundé-Douala par une équipe de chercheurs de santé et développement a révélé que ces dépassements sont à l'origine de 29% de l'ensemble des accidents et près d'un quart d'accidents mortels. D'autres

causes ont aussi un impact non négligeable sur les accidents : la vitesse excessive est responsable de 12,3% , le défaut de non maîtrise de la voiture 18,53% et les stationnements dangereux sont responsables de 9,1% d'accident de la route, l'inattention et la distraction sont à l'origine de 5,6% d'accidents, les manœuvres dangereuses comme les dépassements causent 4,8% des accidents de la route , la conduite en état d'ébriété 0,90%, la fatigue 0,46%, le stationnement abusif 0,71%, l'infraction commise par les piétons 3,63%, les dépassements irréguliers 3,15%, le défaut de permis de conduire ou permis non correspondant à la catégorie du véhicule conduit 22%, le non-port du casque 50%, le téléphone au volant/guidon 46,47% (MINT, 2017). La consommation de l'alcool reste la principale cause d'accidents graves ou mortels entre 30 et 50% (Mercier-Guyon, 1998) avec pour corollaire la diminution de la vigilance et les erreurs de jugement. Les causes sus évoquées sont liées aux comportements des usagers de la route (OMS, 2010). Le comportement de l'utilisateur de la route est le plus souvent la principale cause des accidents. Il s'agit en général du non-respect du code de la route, de la consommation des substances psychoactives ou drogues illicites. Ces substances ont une influence sur le comportement du conducteur en diminuant ses réflexes et sa vigilance et même en altérant son sens du jugement. Comme cause humaine importante des accidents routiers, il faut noter l'excès de vitesse qui, non seulement les provoque mais aussi, aggrave leurs conséquences. Le Centre Européen d'Etudes de Sécurité d'Analyses des Risques (CEESAR), 2011 a montré qu'entre 52% et 82% d'accidents sont dus à l'excès de vitesse et les conducteurs de motos roulent entre 3 et 11 km/h de plus que les autres véhicules. Ces accidents de la route sont la première cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans. Après cette présentation des causes liées aux facteurs humains, voici à présent les causes liées aux infrastructures.

Les infrastructures sont la cause de nombreux accidents. Les défaillances infrastructurelles concernent surtout la mauvaise qualité des routes et une insuffisance des instruments de signalisation (les feux, les plaques de signalisation de tournant, de balise de virage très dangereux, de risque de chute de pierres, de débouché sur un quai ou une berge, de pont, de limitation de vitesse, etc.). Au Cameroun, les causes infrastructurelles constituent la deuxième cause responsable des accidents de la route. Parmi celles-ci figurent le mauvais état de la route (2,54%) ; les mauvaises conditions atmosphériques (0,50%) ; la divagation des animaux (0,32%) ; la chaussée en chantier (0,21%) (dans la mesure où le réseau routier camerounais compte environ 102815 km de routes en terre) et l'absence de signalisation (0,07%) (MINT, 2017). Qu'en est-il des causes liées aux facteurs mécaniques ?

Les causes liées aux facteurs mécaniques sont : les pneus usés 5,80%, les freins défectueux 5,96%, le manque de feux stops 4,56% (MINT, 2017). Pour la Gendarmerie Nationale (2016), ces accidents sont dus à deux types d'engins : les voitures (les véhicules de transport en commun, les véhicules de tourisme, les taxis remorques et semi-remorques) et les engins à deux roues motorisées car aujourd'hui, nous notons une recrudescence notable des accidents de la route avec la prolifération des engins à deux roues appelés motos taxis. Les causes mécaniques qui causent les accidents de motos taxis sont entre autres : l'éclatement des pneus, les crevaisons, la perte des pneus pendant que la moto roule et le mauvais état des motos et leur entretien. Il y a des conducteurs de motos qui ne prennent pas la peine d'aller avec leur moto dans les services indiqués pour effectuer la visite technique afin de savoir si la moto est encore apte à rouler. Les deux roues motorisées constituent en effet l'un des modes de transport les plus dangereux. Pour l'OSERPAC (2010), le taux de mortalité chez les deux roues motorisées est deux fois plus élevé que chez des automobiles. Les lésions qui en résultent se limitent rarement à des traumatismes (fractures, contusions), mais comprennent également des brûlures en cas de contact de la peau avec le tuyau d'échappement. Nous venons de présenter les causes des accidents routiers qui sont liées aux facteurs humains, infrastructurels et mécaniques. Il s'agit à présent de présenter les conséquences des accidents routiers.

1.5. Les conséquences des accidents routiers

Les conséquences des accidents de la route se situent à divers niveaux : humain, environnemental, social et économique.

- Au niveau humain, on enregistre des pertes énormes en vies humaines, des traumatismes de tous genres à cause de l'irresponsabilité des êtres humains. En dehors des décès, il y a des traumatismes occasionnés chez les femmes enceintes qui sont la principale cause des décès fœtaux. Les conséquences des accidents de la route sont grandes concernant les pertes en vies humaines. Hormis les morts, il y a de nombreux blessés qui, ne se remettant pas de leurs blessures sont obligés de cesser de travailler en dehors de leur domicile obligeant par la même occasion, l'Etat à les prendre en charge. On observe aussi les conséquences au niveau des assurances qui, parfois ne respectent pas leurs engagements auprès des victimes (MINT, 2017).

- Au niveau de l'environnement, nous avons une grosse pollution qui entraîne des maladies voire des décès tant au niveau des êtres humains qu'au niveau des animaux. Il y a

également la destruction des plantes à cause du carburant déversé aux lieux des accidents et les incendies occasionnés par les véhicules qui entrent en collision (MINT, 2017).

- Au niveau social, on note un déséquilibre au sein des familles car les blessés des suites d'accidents sont obligés d'arrêter leurs activités professionnelles à court, moyen ou long terme. Ils deviennent par la même occasion une charge pour les familles (MINT, 2017).

- Au niveau économique, les pertes sont considérables : les victimes d'accidents routiers nécessitent des traitements coûteux pour leur prise en charge, leur réadaptation et leur réinsertion sociale (environ 100 milliards de FCFA par an, soit 2% du Produit Intérieur Brut (PIB) du Cameroun; une perte de productivité et de revenus pour les victimes qui doivent interrompre leurs activités pour être pris en charge par les membres de leur famille. Au niveau des assurances, les accidents sont à l'origine des coûts énormes pour les assurés et les assureurs (3 milliards débloqués par les assurances par an). Une étude menée par la Fédération Européenne des Victimes de la Route (FEVR), 2004 montre que 90% des personnes tuées et 85% des familles des personnes handicapées font état d'une déprivation sensible et permanente de leur qualité de vie et dans la moitié des cas, les conséquences sont particulièrement graves. Dans le même ordre d'idées, le Laboratoire Britannique sur le nombre d'accidents de la circulation dans le monde (2002) indique que le coût total annuel des accidents de la circulation pour les pays à revenus faibles et à revenus moyens est estimé à 65 milliards de dollars américains, c'est-à-dire plus que la somme totale qu'ils reçoivent chaque année au titre de l'aide au développement. Ces coûts sont particulièrement préjudiciables pour les pays qui ont des problèmes de développement. C'est ce qui justifie les efforts fournis pour la prévention et la sécurité routières.

1.6. Les mesures de prévention des accidents routiers

Une grande mobilisation des ressources est effectuée en ce qui concerne les accidents routiers et leurs conséquences au Cameroun. Des partenaires sociaux ainsi que le gouvernement prennent part activement à la lutte contre l'insécurité routière. Les actions entreprises sont déclinées en : prévention par la sensibilisation, par l'éducation, par l'aménagement des infrastructures routières, par des actions réglementaires et des actions de prévention.

1.6.1. Les institutions de prévention routière au Cameroun

Au Cameroun, plusieurs institutions sont responsables des activités de sécurité et de prévention routières. Ainsi, elles sont impliquées à des degrés divers dans cette gestion en fonction des textes qui ont été élaborés à cet effet avec des méthodes et des moyens de suivi différents. Afin de disposer d'une vue d'ensemble des acteurs institutionnels dans la prévention et la sécurité routières, il faut les répertorier. Pour cela, nous avons d'une part les administrations telles que le MINT, le Ministère des travaux publics, le Ministère de la Santé publique, les Collectivités Territoriales Décentralisées, le Ministère de la Communication, le Ministère de la Justice et d'autre part, les autres acteurs contribuant à la prévention et à la sécurité routières, qui sont des institutions non étatiques telles que les associations professionnelles ou les syndicats, le secteur privé avec les organisations non gouvernementales et les institutions internationales. On peut ainsi les répartir en institutions nationales et internationales (Djiepomo, 2008).

D'après le Décret N°2005/173 du 26 Mai 2005, le MINT est la principale institution chargée de l'organisation de la politique générale de prévention et de sécurité routières au Cameroun à travers sa Direction des Transports Terrestres (DTT). Dans les articles 38 à 53, ce décret stipule que:

La Direction des Transports Terrestres est chargée : de la conception, de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de transport terrestre; de l'élaboration et du suivi de l'application des programmes de formation à la conduite automobile ; de l'organisation et de la régulation de la circulation sur le réseau routier ; du suivi de la formation des conducteurs; de la délivrance des certificats d'immatriculation des véhicules et des engins des missions diplomatiques et/ou en admission temporaire ; du renouvellement des permis de conduire; de la définition des conditions d'accès à la profession de moniteur, en liaison avec les administrations concernées ; de la définition des règles d'équivalence des permis de conduire ; de l'organisation et de la prévention de la sécurité routière ; du suivi de la mise en œuvre et de l'application du schéma national de prévention et de sécurité routières ; de l'analyse des risques et des causes des accidents ; de la définition et de la promotion des actions de sensibilisation et d'information des usagers.

Elle est aussi chargée du suivi de l'ensemble des actions de sécurité des usagers, en liaison avec les administrations et organisations concernées ; de l'établissement des normes d'homologation des véhicules ; de l'étude des dossiers de demande d'agrément et du contrôle des centres d'homologation et des centres de visites techniques ; de l'établissement des normes et des règles de contrôle technique des véhicules ; de l'adaptation des normes de sécurité, d'équipement et de signalisation sur les infrastructures routières, en liaison avec les administrations chargées des routes et des voies urbaines ; de l'analyse régulière des problèmes de sécurité sur le réseau routier, en liaison avec les administrations chargées des routes et des voies urbaines ; de la participation à la définition des normes de sécurité des véhicules automobiles y compris leurs équipements, en liaison avec les administrations concernées ; de l'élaboration de la réglementation en matière de transport urbain, en liaison avec les organisations professionnelles, les associations d'usagers, les collectivités territoriales décentralisées et les administrations concernées; du suivi du respect de la réglementation en matière de circulation routière ; du concours à la surveillance du trafic sur le réseau routier; de la conduite des activités opérationnelles de sensibilisation et de contrôle des usagers de la route en liaison avec les administrations concernées ; de la conception du schéma national de la prévention et de la sécurité routière en liaison avec les services déconcentrés (Décret N°2005/173 du 26 Mai 2005).

Il existe également le Fond routier qui s'occupe du financement des actions départementales de prévention à partir de 1,5% du budget affecté aux activités de prévention et de sécurité routières ; le Comité National de Sécurité Routière qui a en charge l'élaboration du Plan National de Sécurité Routière et du budget y afférent. Ledit Comité a également en charge la coordination des interventions des structures impliquées; l'Association des Sociétés d'Assurances; les syndicats et les autres groupes socioprofessionnelles ; les collectivités territoriales décentralisées, etc.

Le Ministère des Travaux Publics quant à lui joue un rôle considérable en ce qui concerne la sécurité routière. Il assure la construction et la mise à la disposition des infrastructures routières, la réalisation des études et des travaux de signalisation et l'entretien du réseau routier. Les Ministères de l'Education de Base, des Enseignements Secondaires, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, de la jeunesse et de l'Education civique ont intégré la prévention routière dans leurs programmes d'encadrement de la jeunesse.

Le Ministère de la Santé Publique organise le cadre réglementaire de la prise en charge médicale des urgences en général, et celles liées aux accidents routiers dus à la consommation de l'alcool par le conducteur en particulier, avec pour objectif d'obtenir la médicalisation des blessés sur le terrain le plus proche possible et leur transfert dans les moindres délais vers l'établissement de santé le mieux adapté au cas. La réalisation de ces objectifs se fait à travers la mise en place d'une couverture complète du territoire national par des Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Le Ministère de la Justice : les lois et réglementations qui gèrent la circulation, les transports et la sécurité et la prévention routières sont intégrées dans le système légal du pays. Certaines infractions notamment, celles qui constituent des facteurs de risque, reconnues ou qui ont générées un accident corporel de circulation grave sont jugées devant un tribunal qui est partie intégrante du système général de justice. Ainsi, le rôle du Ministère de la justice est donc très important pour le bon fonctionnement du système de transport et partant de sécurité et de prévention routières.

Le Ministère de la Communication joue un rôle non négligeable à travers la couverture médiatique des campagnes de prévention et de la sécurité routières et la diffusion des messages de sensibilisation et d'éducation ainsi que les émissions sur le code de la route. Dans le cadre des politiques de prévention et sécurité routières, les informations sont généralement diffusées au public par les différents services de communication, tels que la presse, la radio, la télévision, le téléphone et par le canal de divers supports (les brochures, les dépliants, les chants éducatifs, les affiches, les pièces de théâtre, etc.). C'est ainsi que la télévision et la radio servent le plus souvent de support aux campagnes de prévention et de sécurité routières. La presse écrite est le support le plus mobilisé pour diffuser les derniers bilans de sécurité routière ou pour décrire et expliquer les dernières mesures qui vont être mises en place. On note que faire baisser le nombre d'accidents sur les routes du Cameroun, est un challenge pour plusieurs acteurs sociaux et qui ne pourra être remporté que si tous les acteurs étatiques impliqués dans la prévention et la sécurité routières travaillent en synergie. La contribution des institutions non étatiques tels que les institutions internationales, le secteur privé et les organisations non gouvernementales est aussi très importante. Voici quelques exemples de messages de campagnes de prévention et de sécurité routières : « Fatigué et conduire est à l'origine de graves accidents de la route ; observer une pause dans ces cas » ; « De nombreux accidents sont liés à la surcharge des personnes et des

marchandises. Arrêtons cette pratique ! » ; « Le port de la ceinture de sécurité à l'avant comme à l'arrière du véhicule sauve des vies ; restez attachés ! » ; « A moto, le casque protège de blessures graves en cas d'accident, A porter absolument ! » ; « Piétons, nous le sommes tous ; Respectons et utilisons les espaces réservés afin de sauver des vies ! ».

Les Collectivités Territoriales Décentralisées sont chargées de l'organisation et de la gestion de la sécurité routière dans leurs circonscriptions. C'est ainsi que le décret N° 2008/3447/PM du 31 Décembre 2008 qui fixe et réaménage les conditions et les modalités d'exploitation des motocycles à titre onéreux dans les zones périurbaines et rurales dans l'ensemble du triangle national, donne la responsabilité de l'organisation du transport urbain par motos-taxis aux collectivités territoriales par l'action des communes.

Les Syndicats des Transporteurs sont un cadre d'encadrement des professionnels, usagers de la route dans la mesure où elles constituent un environnement idéal de diffusion des informations sur les innovations en matière de réglementation dans leur branche d'activité. On peut citer quelques-unes de leurs attributions professionnelles à savoir: défendre les intérêts socioculturels et économiques de leurs membres; gérer les voyages dans les gares routières publiques par la vente des bordereaux de voyages; informer les membres sur la réglementation en vigueur en matière de prévention et de sécurité routières lors de diverses réunions ; consulter, former et éduquer leurs membres à participer activement à toutes les activités liées à la profession ; informer les autorités sur les activités du secteur d'activité.

Les Organisations Non Gouvernementales œuvrent pour la sécurité routière par un travail de sensibilisation au problème des accidents de la circulation, s'emploient à trouver des solutions efficaces, contestent les politiques inefficaces et forment des coalitions pour faire pression sur l'Etat en faveur d'une amélioration de la sécurité sur la route. L'exemple du « Trauma Committee du Royal Australasian College of Surgeons » qui plaide pour la meilleure prise en charge possible des personnes blessées après un accident, pour une formation appropriée des professionnels de la santé à cette prise en charge, et pour la collecte et la notification de données cliniques permettant d'améliorer la compréhension des traumatismes. Au Cameroun, on note la présence de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge et leurs interventions humanitaires appuient l'action gouvernementale auprès des communautés vulnérables en renforçant les capacités opérationnelles des sociétés nationales à mobiliser des fonds et de l'expertise pour soutenir les opérations de secours, de prévention et de sécurité routières.

Au Cameroun, le Secrétariat d'Etat à la Défense (SED) intervient aux travers des actions de la gendarmerie. Les compagnies de gendarmerie ont compétence sur tout le territoire camerounais et assurent diverses missions à savoir, surveiller et faciliter la circulation routière, constater les infractions et dresser les procès-verbaux, exercer une mission d'assistance et de sauvetage en cas d'accident. Elles jouent en principe deux principaux rôles : sensibilisation/éducation et de répression. La DGSN s'illustre au travers des actions de la Police Nationale et de la Police Judiciaire. Contrairement à la gendarmerie, les forces de police opèrent au sein des agglomérations urbaines. Elles ont pour mission à la survenue des accidents de constater et d'établir qui des deux conducteurs est fautif afin de faciliter la tâche d'indemnisation. La Police Judiciaire constate les infractions en matière de circulation routière inter urbaine et dresse les procès-verbaux que l'on transmet à l'instance judiciaire compétente.

La prévention et la sécurité routières concernent non seulement les acteurs nationaux, mais aussi ceux de l'extérieur qui essaient chacun de proposer des mesures pouvant diminuer de manière efficace non seulement les accidents de la route dus à l'alcool au volant, mais aussi éradiquer toutes les causes susceptibles d'engendrer des accidents de la circulation routière. Pour maximiser l'efficacité de la sécurité routière, les pouvoirs publics interviennent par la mise sur pied des actions réglementaires et de préventions.

1.6.2. Les actions réglementaires

Entre 1998 et 2005, le Cameroun a mis en place des lois pour réglementer la prévention et la sécurité dans le secteur des transports. On peut citer les textes instituant et réglementant la visite technique (Tsanga, 1998), les pesages routiers (Mafany, 1998), l'ouverture des auto-écoles, la modernisation de la procédure d'obtention du permis de conduire ainsi que les conditions de son retrait (Tsanga, 2000). De plus, le permis de conduire peut-être retiré pour certaines infractions (accident corporel ayant entraîné une incapacité de plus de trente jours, conduite en état d'ivresse ou d'intoxication alimentaire, délit de fuite, conduite sans permis, etc.). Le SED (2010) dispose des moyens de sécurité routière tels que les alcootests qui attestent qu'un conducteur a consommé de l'alcool; les éthylotests qui déterminent le taux d'alcoolémie dans le sang d'un conducteur (la limite réglementée est de 0,8g/l) ; les cinémomètres qui déterminent la vitesse d'un véhicule sur un axe; les herses qui permettent d'éviter la fuite des contrevenants; les émetteurs/récepteurs qui assurent une

meilleure communication entre le poste de surveillance-contrôle et le poste d'intersection et les radars qui détectent les véhicules en excès de vitesse. En outre, un Comité National de Sécurité Routière a été créé (Mafany, 1999) avec pour mission d'élaborer et de suivre l'exécution du plan d'action de prévention et de sécurité routières au Cameroun.

1.6.3. Les actions de prévention

Les actions de prévention routière au Cameroun s'appuient plus ou moins sur l'analyse causale des accidents de la circulation et s'articulent autour de quatre points : la prévention par la formation, l'aménagement des infrastructures routières, la sensibilisation et la prévention par la répression (Ngah essomba, 2012).

Pour ce qui est des actions de prévention par la formation, les mesures formatives en vue de prévenir les accidents routiers au Cameroun sont essentiellement orientées vers les conducteurs. Selon Ngoumbe (2011), désormais l'obtention du permis de conduire au Cameroun est systématiquement subordonnée à une formation théorique et pratique en auto-école. De plus, depuis 2010, les conducteurs professionnels sont astreints à un recyclage périodique et le permis de conduire est désormais informatisé. Les auto-écoles sont régulièrement auditées et les prestations des centres de contrôle technique du pays sont en cours d'amélioration suite à un audit de fonctionnement.

Pour ce qui est de l'aménagement des infrastructures routières, les travaux de sécurisation sont régulièrement réalisés sur le réseau routier à partir des études d'audit de sécurité qui sont basées sur l'identification des zones d'accidents et des zones potentiellement à risque sur les routes.

Les actions permanentes d'information, d'éducation et de sensibilisation à l'adoption des comportements sécuritaires sur la route sont menées à travers des campagnes de proximité ou des campagnes médiatiques (Nguetsa, 2012). A ce propos, on peut noter qu'au Cameroun, il existe des campagnes nationales de prévention et de sécurité routières, menées généralement pendant les périodes de la rentrée scolaire et des fêtes de fin d'année. Pendant ces campagnes, on assiste très souvent à un déploiement des patrouilles mixtes sur les axes routiers. En même temps, les cadres du ministère des transports et des ONG (la fondation SAFE WAY RIGHT WAY, etc. se déploient dans les agences de voyages pour sensibiliser les conducteurs sur les mesures de sécurité ou pour contrôler l'état des véhicules. Des messages sur la prévention routière sont également diffusés pendant la même période par les médias.

Les contrôles répressifs de la gendarmerie et de la police sont systématiques sur tous les axes routiers camerounais, assortis du paiement de fortes amendes dissuasives (Ngoumbe, 2011). La prévention par la répression semble être l'action la plus systématisée du dispositif de prévention et de sécurité routière au Cameroun. En effet, très souvent au Cameroun, on rencontre plusieurs patrouilles de police et de gendarmerie sur des axes inter urbains à des intervalles très courts et qui procèdent au contrôle des véhicules.

Au regard de l'engagement des pouvoirs publics, des ONG et d'autres partenaires sociaux pour réduire le phénomène des accidents de la circulation en général et ceux causés par les motos taxis en particulier, à travers d'énormes moyens mobilisés (humains, matériels, infrastructurels, structurels et autres) que sont les dispositions réglementaires (textes instituant et réglementant la visite technique et le pesage routier, réformes du fonctionnement des auto-écoles, réorganisation de l'examen du permis de conduire, création du Comité national de Sécurité routière) et les actions préventives à travers quatre principales formes (prévention par la formation, prévention par l'aménagement des infrastructures routières, prévention par l'éducation et la sensibilisation et prévention par la répression (Mvessomba, 2021), on observe que le taux d'accident de la route reste élevé. Selon une étude du BUCREP réalisée en 2017, il y a eu 71.8% de blessures légères ; 20.5% de fractures ; 5.7% de traumatismes et 2.1% de décès dus aux accidents de mototaxis. Les stratégies pourtant mises sur pied ont tenu compte des différentes causes des accidents (causes liées aux facteurs humains, causes liées aux véhicules et les causes liées aux infrastructures). D'où la question de savoir si le problème ne se pose pas au niveau de la prise en compte insuffisante de ces facteurs surtout celles concernant le comportement des usagers de la route. Autrement dit, le problème des accidents de la route n'est-il pas la non pertinence des causes sus évoquées? En d'autres termes, les facteurs humains présentés comme prioritairement responsables des accidents de la route par les différentes structures en charge de la sécurité routière sont-ils suffisants pour expliquer les accidents routiers? Une certaine lisibilité des causes des accidents de la circulation par la psychologie sociale du risque ne pourrait-elle pas contribuer à rendre compte du phénomène des accidents de la route?

1.7. Problème de recherche

Au regard des statistiques sur les accidents de la route au Cameroun en général et ceux causés par les motos taxis en particulier, nous observons que malgré les mesures de préventions mises sur pied par le gouvernement camerounais pour les réduire de manière efficiente, les conducteurs de motos taxis continuent à adopter des comportements dangereux

sur la route. Selon la DGSN, les accidents de mototaxis mortels en 2014 étaient au nombre de 225, 223 en 2015, 221 en 2016, 219 en 2017, 217 en 2018, 215 en 2019 et 213 en 2020. Quant aux nombres de morts, en 2014, il y en avait 273, 275 en 2015, 276 en 2016, 278 en 2017, 279 en 2018, 281 en 2019 et 282 en 2020. Toujours selon la DGSN, en 2014 on a enregistré 453 blessés, 392 en 2015, 331 en 2016, 270 en 2017, 208 en 2018, 347 en 2019 et 486 en 2020. Le problème que pose notre étude est celui de la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis qui entraîne une augmentation des accidents de la circulation. La psychologie sociale pourrait-elle dans ce cas, apporter une certaine lumière aux causes des accidents de la circulation? Cette interrogation a suscité un constat théorique.

1.8. Constat théorique des accidents routiers

Les accidents de la route sont des faits assez préoccupants. La psychologie sociale explique les accidents routiers à travers un certain nombre de modèles théoriques qui sont : le modèle de croyances relatives à la santé qui met au centre de ses développements le rôle des croyances et des attitudes des individus dans l'adoption ou non des comportements de sécurité (Becker & Rosenstock, 1987). C'est aussi le cas de la théorie de la motivation à la protection qui nous conforte dans l'idée qu'il est possible de motiver l'individu à adopter les comportements sécuritaires (Rogers, 1983) ; la théorie de la décision (Savage, 1954 ; Von Neumann & Morgenstern, 1944) qui stipule que la prise de décision correspond à une construction cognitive du sujet ; la théorie du comportement planifié qui repose sur l'idée selon laquelle une intention d'adopter les comportements de prise de risque est tributaire de trois variables à savoir les normes subjectives, l'attitude et le contrôle comportemental (Ajzen, 1991). Comme on le voit, ces modèles tournent autour des croyances qui constituent d'importants facteurs explicatifs des comportements des usagers de la route.

Un ensemble de travaux explique la recrudescence des accidents routiers par un certain nombre de biais ou distorsions qui peuvent entraver l'évaluation et la perception des risques. Parmi ces biais nous pouvons citer: la comparaison sociale qui amène les conducteurs à se croire à l'abri des accidents. Certains conducteurs estiment qu'ils sont moins exposés aux risques d'accidents qu'autrui (Dejoy, 1989 ; Weinstein, 1980, 1982). Cette manière de penser est qualifiée d'optimisme comparatif par Harris et Middleton (1994). Certains automobilistes ont tendance à surestimer leurs capacités de conduite. Ces derniers pensent pouvoir faire face aux situations à risque qui se présenteraient à eux et cela, même s'ils roulent très vite. De même, ce sont eux qui déclarent qu'ils ne respectent pas les limitations de vitesse (Delhomme, 1991b). La perception et l'évaluation des risques peuvent être également

influencées par le contrôle subjectif. Les automobilistes pensent souvent qu'ils sont en mesure de contrôler toutes les situations à risques, ils estiment pouvoir adopter des comportements qui permettent d'éviter ou de produire les accidents. Le contrôle subjectif est une croyance qui stipule que l'on peut influencer sur les conséquences potentielles d'une situation donnée (Delhomme & Meyer, 1995).

L'optimisme irréaliste et l'illusion de contrôle nous renvoient à un autre biais qui est le sentiment ou l'illusion d'invulnérabilité. Le sentiment d'invulnérabilité est la tendance que les gens ont de se croire moins exposés qu'autrui aux conséquences négatives d'un événement malheureux. Cette manière de penser a deux points de départ ou origines: La première origine est le contrôle perçu, les gens ont tendance à croire qu'ils sont capables de contrôler toutes les situations qui se présentent à eux. Il s'agit d'une appréciation subjective qui amène à penser qu'on peut décider et agir face à une situation de telle manière qu'on arrive à modifier le résultat ou l'issue (Rodin, 1986). Ce concept se caractérise par son statut, il ne s'agit pas d'un construit de personnalité, mais plutôt d'un ensemble flexible qui doit être analysé comme une situation spécifique. C'est une donnée contextuelle qui cependant, peut être tenace et inflexible. Il s'agit d'une interaction entre les expériences individuelles et le contexte, le contrôle perçu dépend de l'individu et de l'environnement (Paquet, 2009). La seconde origine renvoie aux expériences de la vie. Les personnes qui n'ont pas fait l'expérience d'événements malheureux tels qu'un accident, un crime, une maladie grave, etc. ont tendance à se percevoir comme exceptionnellement invulnérables, comme moins vulnérables qu'autrui (Perloff, 1983). Il en est de même pour les gens qui parcourent des kilomètres en commettant des infractions et sans jamais avoir été victimes d'un accident. Ces derniers ont l'impression qu'ils sont très doués ou invulnérables (Rumar, 1988; Slovic et al., 1978, 1981).

Les notions de contrôle, de supériorité de soi sont au vue de nos analyses, associées à la prise de risques en général et à la prise de risque routière en particulier. Autrui est perçu comme étant une source d'incertitude chez les conducteurs qui surestiment leur capacité de conduite (Delhomme, 1991) et cette supériorité de soi renvoie à un sentiment de maîtrise de l'environnement routier. Ces tendances se rencontrent au niveau de toutes les tranches d'âges et chez les expérimentés et non expérimentés. Au niveau des expérimentés, leur sentiment de supériorité est relatif à la perception de l'acquisition de connaissances et d'habiletés motrices. Chez les débutants, il s'agirait d'un comportement de prise de risque, cette supériorité de soi serait plutôt illusoire puisque même si de manière objective, les jeunes ou débutants dans la conduite ont une meilleure vision, de meilleurs reflexes et des réactions plus rapides, ils sont aussi les plus impliqués dans les accidents (Rumar, 1985). Cela peut s'expliquer par le fait

qu'ils sous-estiment les difficultés de la route ou alors parce qu'ils pensent qu'ils sont capables de faire face aux difficultés de la route (Spolander, 1983).

La psychologie sociale à travers les facteurs psychosociologiques tels que le sentiment d'invulnérabilité (Lapsley, 2003 ; Ngah essomba 2012) ; la recherche de sensations (Tchana, 2013 ; Zuckerman, 1974) ; la colère (Avoulou, 2013 ; Delhomme & Villieux, 2005) donne une explication aux causes des accidents routiers.

La recherche de sensations a fait l'objet de plusieurs travaux. Des auteurs tels que Zuckerman et al. (2001) ont étudié la recherche de sensations pour expliquer les comportements à risque des conducteurs et ont trouvé que ce trait de personnalité est à l'origine de nombreuses conduites à risque menées chez les adolescents. Des études (Abou, 2004; Assailly, 1997; Banet, 2010 ; Zuckerman, 1974) ont laissé transparaître que ces derniers sont enclins aux accidents de la route car, ils sont à la recherche de sensations. Tchana (2013) explique que le désir d'aventure, la quête de nouvelles expériences et la susceptibilité à l'ennui amenaient les adolescents à ne pas respecter les consignes de sécurité routière. Ces différents travaux menés sur la recherche de sensations ont montré que les individus ayant un haut score de recherche de sensations prennent plus de risque que ce soit en conduite routière ou en sport. Ils montrent le rôle déterminant de cette recherche de sensations dans l'explication des comportements à risque chez les adolescents, sources d'accidents de la circulation.

Les émotions des conducteurs sont considérées comme un objet de recherche pertinent pour comprendre le comportement de conduite automobile. Bien que les travaux dans ce domaine restent rares, les travaux disponibles concernent la relation entre la colère et la prise de risque en conduite automobile (Avoulou, 2013 ; Delhomme & Villieux, 2005 ; Lajunen et al., 1998 ; Lajunen & Parker, 2001). Les études réalisées par Delhomme et Villieux (2005) ont montré que les jeunes dont l'âge est compris entre 20 et 24 ans, conduisent plus fréquemment de manière agressive et éprouvent le plus souvent de la colère au volant surtout lorsque leur progression est gênée par la lenteur d'un autre usager. Il en résulte que les jeunes qui courent le risque d'accidents le plus élevé sont ceux qui éprouvent des difficultés à réguler leur émotion et surtout l'émotion de colère lorsqu'ils sont au volant de leur véhicule. Avoulou (2013) a souligné que les conducteurs colériques avaient tendance à adopter les comportements insécuritaires (excès de vitesse, les dépassements dangereux, etc.).

Les attentes ou expectations vis-à-vis de l'alcool ont aussi fait l'objet des études en psychologie sociale (Bonardi et al., 2002) ainsi que les croyances comportementales, les croyances normatives et les croyances de contrôle qui sont les variables de l'intention (Ajzen

& Fishbein, 1991); les comportements imprudents (Arnett, 1992), les comportements-problèmes (Jessor, 1992 ;Jessor & Jessor, 1977). Des chercheurs considèrent le risque comme condition nécessaire au développement : « La prise de risque est l'occasion pour l'adolescent de vérifier son pouvoir sur son corps et sur les choses » (Turz et al., 1986, p. 85). Les expectations d'alcool telles que définies par Goldman et al.(1987) renvoient à l'information à propos de la relation entre une consommation d'alcool et certaines conséquences acquises, parce que boire c'est anticiper le résultat des conséquences désirables connues. Ces expectations sont des croyances qui se réfèrent aux attentes ou aux conséquences désirables ou indésirables. Ce sont des croyances du consommateur d'alcool sur son propre comportement. Elles traduisent les besoins et les désirs qu'il cherche à satisfaire et véhiculent des connaissances à priori qui lui permettent d'avoir une explication de la situation sans fournir trop d'efforts. Le rôle des croyances relatives au comportement planifié a également été mis en exergue dans le cadre de la conduite en état d'ébriété (Atcha, 2015).

Il a été mis en exergue le rôle des croyances sur les comportements des conducteurs. Les croyances culturelles transparaissent des travaux de Mvessomba et al. (2017). Ces auteurs ont trouvé que les croyances et les valeurs culturelles sont liées à des comportements non protecteurs sur la route (la transgression du feu rouge) chez les automobilistes camerounais et français. Les croyances fatalistes ont aussi fait l'objet d'étude dans le but d'expliquer les comportements des usagers de la route (Mvessomba, 2021). A propos de ces croyances, Morris et Peng (1994) s'accordent sur l'idée que les croyances fatalistes bien qu'anciennes, continuent de guider les comportements des conducteurs et autres usagers de la route. Aussi, Powe (2001) souligne que ces croyances se manifestent beaucoup plus chez les populations de certaines cultures (culture africaine, hispanique, asiatique, etc.). Une étude menée par Vigto (2015) montre que les croyances fatalistes amènent les conducteurs de taxi à s'engager davantage dans des comportements moins sécuritaires. Ngah Essomba (2017) pour sa part, souligne que les croyances fatalistes amènent les usagers de la route camerounais à transgresser le feu rouge. Gouertoumbo (2020) montre aussi que les croyances fatalistes amènent les usagers de la route camerounais à adopter les comportements insécuritaires notamment l'utilisation du téléphone au volant. Les croyances religieuses apparaissent également dans les travaux de Ngueutsa (2012) qui affirme que les conducteurs qui croient en l'omnipotence du divin s'engagent plus dans les comportements insécuritaires.

Ces différents travaux qui précèdent soulignent le rôle des croyances dans l'explication de la prise de risque. Certains mettant l'accent sur la culture, les croyances

fatalistes et les croyances religieuses des usagers vulnérables de la route en rapport avec la prise de risque (Nghah essomba, 2017). Il ressort que différents travaux confirment le lien qui existe entre les croyances et la prise de risque. Ces travaux montrent le rôle déterminant non seulement des croyances mais aussi, des croyances religieuses voire chrétiennes dans l'explication des comportements à risque, sources d'accidents de la circulation. C'est ce qui nous a amené à formuler une question de recherche:

1.9. Questions de recherche

Notre travail comporte une question générale de recherche et des questions spécifiques issues de l'opérationnalisation de la question générale de recherche.

1.9.1. Question générale

Cette étude nous amène à nous poser la question de recherche suivante : Quel est l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis?

Cette question de recherche a été opérationnalisée à partir des modalités des croyances chrétiennes (croyance en Dieu, les pratiques rituelles) (Goggin, 2007 ; Nghah essomba, 2017). Ce qui nous a permis d'obtenir deux questions spécifiques.

1.9.2. Questions spécifiques

QS1: Quel est l'effet de la croyance en Dieu sur la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis?

QS2: Quel est l'effet des pratiques rituelles sur la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis?

1.10. Objectifs de l'étude

Dans cette étude, nos objectifs se présentent en objectif général et en objectifs spécifiques.

1.10.1. Objectif général

L'objectif général de cette recherche est la mise en évidence de l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis. Cet objectif général a été opérationnalisé en deux objectifs spécifiques.

1.10.2. Objectifs spécifiques

OS1: Etudier l'effet de la croyance en Dieu sur la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis.

OS2 : Etudier l'effet des pratiques rituelles sur la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis.

1.11. Intérêts de l'étude

Cette étude renferme trois intérêts principaux: l'intérêt scientifique, l'intérêt social et l'intérêt économique.

1.11.1. Intérêt scientifique

Au Cameroun de nombreuses études ont été menées en psychologie sociale dans le domaine de la prévention et de la sécurité routières. Ces études ont mis en exergue un certain nombre de facteurs psychosociaux afin de comprendre pourquoi les usagers de la route au Cameroun se livraient à des comportements à risque tels que les dépassements dangereux, la vente des marchandises en se faufilant entre les voitures arrêtées à un feu, l'utilisation abusive du klaxon, la violation du code la route (Ngueutsa, 2012) ; l'excès de vitesse (Nghah Essomba, 2012) ; les dépassements dangereux (Nghah Essomba, 2012 ; Ngueutsa, 2012) ; la transgression des feux rouges chez les usagers vulnérables (Nghah Essomba, 2017) ; l'alcool au volant (Atcha, 2015) ; la colère au volant (Avoulou, 2013 ; Ngueutsa, 2012) ; la recherche de sensations chez les motos taximen (Tchana, 2014) ; l'utilisation du téléphone au volant chez les automobilistes (Gouertoumbo, 2020). Notre étude revêt un intérêt scientifique dans la mesure où elle aborde une piste nouvelle qui est celle du non port du casque au guidon et la consommation de l'alcool en conduisant. De manière précise, les résultats de cette étude pourront souligner le rôle important des croyances chrétiennes et leur effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Cette recherche permettra non seulement d'intégrer les facteurs psychosociaux dans l'explication des accidents de la route, mais aussi soulignera l'impact des croyances chrétiennes dans la prise de risque routier. En outre, elle permettra l'amélioration de la prévention et de la sécurité routières.

1.11.2. L'intérêt social

L'intérêt social réside dans le souci de préserver la vie humaine par la réduction non seulement du nombre de blessés, mais aussi du nombre de décès dus aux accidents routiers et limiter les comportements à risques des jeunes conducteurs de motos taxis dans les accidents de la circulation : l'excès de vitesse, le non-respect des feux tricolores, les dépassements dangereux et les obstructions inopinées des voies, la surcharge, le slalom, le non port du casque, la conduite en état d'ébriété afin de permettre une meilleure prise de conscience des jeunes motocyclistes lorsqu'ils sont au guidon. Cette étude nous permettra en outre, de mieux renseigner les populations sur les comportements de prise de risque davantage ceux des conducteurs de mototaxis afin de rendre les familles plus à même d'éviter à leurs membres de

prendre des risques et par le même fait à être plus heureuses. En effet, en renseignant les populations sur les causes d'accidents de la route cela permettrait de réduire les décès, les handicaps et les blessures causés par ceux-ci. Bien qu'un accident de la route entraîne des dommages sur la personne victime, il est à noter que celui-ci a également des répercussions sur un ensemble d'autres personnes notamment celles de son entourage. Les résultats de cette étude pourront constituer un support intégrable dans le processus de lutte contre l'insécurité routière.

1.11.3. Intérêt économique

S'agissant de l'intérêt économique, cette recherche apportera des modèles de solution pour réduire non seulement les dépenses au niveau de l'Etat, des familles, des assurances, mais aussi limitera les multiples dégâts et traumatismes causés par les accidents de la route. Car en maîtrisant les différents facteurs qui sont impliqués dans l'explication des accidents routiers, on pourrait limiter le nombre de tués sur les routes. En réduisant les accidents de la route, cela permettrait ainsi l'augmentation des investissements publics. Le rapport du MINT (2017) portant sur l'évaluation de la performance en sécurité routière a comparé ces coûts économiques aux urgences de développement du Cameroun. Il en ressort que les pertes économiques subies du fait des accidents de la route en termes de réinvestissement perdu seraient l'équivalent d'environ : 10.000 salles de classes équipées (en deux salles jumelées) d'une moyenne de 20.000 000 FCFA par an, le nécessaire pour couvrir l'essentiel des besoins du pays en salles de classes au bout de 3 ans ; plus de 250 kilomètres de routes bitumées construites d'une moyenne de 40 milliards de FCFA par 100 kilomètres qui sont sacrifiés chaque année ; 8 hôpitaux de référence équipés d'une moyenne de 12,5 milliards tous les ans, de quoi doter toutes les régions du pays en hôpitaux de référence au bout de deux ans (MINT, 2017). De plus, cette étude va permettre la préservation du capital humain à travers la réduction du nombre de personnes tuées, rendues handicapées et blessées. Le capital humain qui prend en compte l'état de santé de l'individu ainsi que son niveau de compétence, constitue un facteur de la croissance économique.

1.12. Délimitation de l'étude

Ce travail de recherche se délimite sur deux plans : thématique et géographique.

1.12.1. Plan thématique

Nous menons une étude de psychologie sociale en rapport avec la prise de risque. Des études menées (SED, 2005 ; MINT, 2007) ont porté sur le port du casque, le non-respect de la

limitation de vitesse, l'absence du permis de conduire, etc. Nous irons au-delà de ces études pour poser les problèmes de lien entre les croyances chrétiennes et le comportement de prise de risque. La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1985) et le modèle de croyances relatives à la Santé (Rosenstock, 1966) nous permettront d'étudier l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque routière chez les conducteurs de motos taxis. En précisant les facteurs à prendre en compte dans l'explication des comportements à risque chez les conducteurs de mototaxis, sachant que l'intention comportementale est à la base de tout comportement.

1.12.2. Plan géographique

Cette étude est menée dans la Région du Centre, Département du Mfoundi, dans la ville de Yaoundé car, le transport par motos taxis est aussi accentué dans cette ville que dans la ville de Douala.

1.13. Type de l'étude

Notre étude est de type quantitatif plus précisément quasi expérimental, car elle examine l'amorçage des croyances chrétiennes sur la prise de risque. De nombreux travaux ont mesuré la prise de risque routier et ses mobiles explicatifs à partir des questionnaires (Beirness, 1995; Boulanger et al., 2012 ; Hedlund, 1995; Houwing et al., 2011; Meesmann et al., 2013 ; Riguelle, 2013; Sweedler, 1995; 2012). Notre recherche est majoritairement quantitative mais avec des aspects qualitatifs. L'aspect purement quantitatif concerne la mesure de l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis (Mvessomba, 2013). Les aspects qualitatifs concernent notamment les caractéristiques sociodémographiques des participants et les analyses descriptives. Il s'agit en fait d'une quasi expérimentation qui se déroule en milieu naturel.

Ce chapitre premier a permis de présenter les éléments qui constituent les fondements de notre recherche. Nous avons fait un constat empirique qui a permis de présenter la situation des accidents de la circulation dans le monde et au Cameroun en général et ceux causés par les motos taxis en particulier. D'où l'interrogation suivante : pourquoi malgré toutes les mesures de préventions prises par le gouvernement pour diminuer les accidents de la route et surtout ceux causés par les conducteurs de motos taxis, le taux des accidents de motos taxis continue d'augmenter ? Ce constat empirique a conduit à un constat théorique (ou lecture psychosociale des accidents routiers) qui met en évidence l'approche psychosociale de la prise de risque routière. De ce constat théorique, nous avons formulé une hypothèse articulée

autour des croyances chrétiennes comme causes principales de la prise de risque routière chez les motos taximen camerounais. Ce constat théorique sera enrichi dans la suite de ce travail par les travaux sur les croyances et la prise de risque. Après la présentation des deux constats, nous avons formulé un problème de recherche, les questions de recherche, les objectifs de recherche, les intérêts de l'étude, la délimitation de l'étude et nous avons spécifié le type de cette étude.

CHAPITRE DEUXIÈME: REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre, nous allons présenter la littérature relative à notre sujet. En réalité, l'objectif est de présenter l'ensemble des travaux effectués sur la question que nous nous proposons de traiter. Le but étant de renseigner le lecteur sur la manière par laquelle les précédents chercheurs l'ont abordé. Pour y parvenir, trois principales parties seront présentées dans ce travail. Dans la première partie, les travaux sur la prise de risque en général et sur la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis en particulier seront présentés ; dans la deuxième partie, les travaux portant sur les croyances seront passés en revue ; dans la troisième partie enfin, seront évoqués les travaux qui mettent en lien les croyances et la prise de risque.

2.1. Prise de risque

Dans cette section, nous nous sommes proposé de présenter la prise de risque et les différents concepts liés à cette dernière. Nous commencerons par présenter le concept de risque, son origine, ses définitions. Ensuite, nous présenterons la perception du risque et la prise de risque chez les conducteurs de motos taxis.

2.1.1. Le concept de risque

Le concept de risque n'est pas facile à cerner et à définir. Cela se comprend par le fait que l'utilisation de ce concept est multiple et que les différentes définitions données dépendent du domaine d'application considéré. Yates et Stone (1992) déclaraient « si nous lisons dix articles ou livres différents sur le risque, nous ne devons pas être surpris de le voir décrit de dix façons différentes » (p.1). Il est admis que le risque se caractérise par le fait qu'il représente une menace pour l'Homme, un danger dont ce dernier cherchera à se préserver. L'Homme étant donc un être complexe et ambivalent, il ne considère pas seulement le risque sous un angle négatif. Le risque peut non seulement être toléré ou accepté, mais il peut même être recherché par certains ou dans certaines situations. Le risque peut aussi prendre une valeur d'utilité dans l'évolution de l'humain (Assailly, 2010).

Jusqu'au XVII^{ème} siècle, l'Homme n'avait pas assez d'emprise sur son environnement (les accidents, les dégâts climatiques, les catastrophes, etc.) et sur sa condition (la famine, la pauvreté, le travail, etc.). La religion imposait aux Hommes de s'en remettre à Dieu (Abou, 2006). Ainsi les catastrophes et les autres calamités étaient prises comme la manifestation de la puissance divine. Mais, ces phénomènes redoutés par l'Homme sont peu à peu démystifiés

grâce aux progrès de la science. A la même période, le concept de sécurité vient se lier à celui de risque (Le Breton, 1995). A la fin du XVIII^{ème} siècle, la déclaration universelle des Droits de l'Homme en France inscrit la sécurité au cœur de son manifeste (Le Breton, 2004).

2.1.2. Les définitions du risque

Selon l'étymologie, le mot risque peut se définir de plusieurs façons. De son origine latine *resicare* qui signifie « recouper », « séparer », il correspond à ce qui se partage. Prendre des risques signifie donc, enfreindre certaines lois et négliger les règles de sécurité. Pour l'origine grecque, le mot risque, *rhizikhonde*, *rhiza* signifie « racine », et directement lié aux sources primitives du moi. A ce niveau, l'individu qui prend le risque veut expérimenter ses facultés primaires d'adaptation au danger. L'origine allemande de ce mot renvoie quant à elle à plusieurs sens. *Risiko*, qui se rapporte à l'étymologie grecque, *Wagnis*, qui veut dire oser, s'engager dans l'aventure, la perspective de l'espoir du profit et *Gefahr*, qui renvoie au danger, à la mort (Cazenave, 2006). Pour Douglas (1986), le risque est une création humaine venue contrer le pouvoir du religieux, tel que le définissent aussi un grand nombre de sociologues contemporains, le risque est comme une valeur abstraite qui relève directement d'une construction sociale.

Selon Yates et Stone (1992), la définition du risque tient à quelques propriétés : la diversité, la nature des effets, la complexité. Pour Amalberti (1996), la notion de risque est ambiguë, elle tient à la différence de signification selon les domaines, et à la manière donc le risque peut être évalué. Le terme risque renvoie à la séparation du connu pour s'aventurer vers l'inconnu, vers quelque chose de dangereux pouvant conduire à la mort. Ces aspects objectifs du danger sont à mettre en relation avec l'aspect subjectif du risque qui dépend du point de vue de l'interprétation et de l'expérience du sujet face à une situation dangereuse (Delignière, 1993).

Pour Cooper (2003), le risque est une possibilité pour un individu d'avoir un accident dans une situation particulière. Cette définition relève le caractère incertain des conséquences que peut subir un individu dans une situation particulière. Vu sous cet angle, l'individu manque de précision sur l'issue de la situation. On comprend alors que pour l'individu, l'issue peut être fatale ou non. Ce caractère incertain des résultats d'une situation si l'on s'y engage est aussi important chez Kouabenan et al. (2006). Selon ces auteurs, le risque désigne une probabilité pour un individu d'avoir une conséquence négative dans une situation donnée. L'engagement d'un individu dans une situation qu'il ne maîtrise pas l'expose à un large

éventail de conséquences négatives. Seulement, le jugement que ce dernier émet reste non précis. Ces deux définitions permettent de relever le caractère incertain de l'issue de la situation mais aussi, le jugement de l'individu qui manque de précision. Le risque est donc quelque chose de probable qui entraîne des conséquences négatives sur celui qui s'y expose. Rapprocher la notion de risque à celles de danger, de sécurité et de fiabilité pourrait faciliter sa compréhension.

- *Risque et danger*

Selon Leplat (2003), les notions de risque et de danger ont sensiblement le même sens. Pour Kouabenan (2000a), le danger est un événement ou une situation susceptible d'entraîner des conséquences négatives ou des dommages à l'Homme et à l'environnement ; le risque quant à lui est la probabilité qu'un événement ou une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées, ou encore « c'est la possibilité qu'un danger s'actualise » (Kouabenan, 2003). Le risque peut donc être associé à une situation dangereuse.

- *Risque et sécurité*

Le dictionnaire Sillamy (2010) définit la sécurité comme la paix d'esprit engendrée par la conviction qu'on n'a rien à craindre. Cette notion est beaucoup plus utilisée en psychologie du travail. Dans le domaine routier, la sécurité routière est l'ensemble des mesures prises par les organismes en charge de la sécurité routière et les conducteurs en vue de faire diminuer le taux d'accidents de la route (ONISR, 2009). Le risque est donc associé à une situation dangereuse qui va à l'encontre de la sécurité ou mieux des mesures de sécurité.

- *Risque et fiabilité*

La fiabilité se définit comme une aptitude d'un dispositif à accomplir une certaine fonction et dans certaines conditions pendant une période donnée (Chapouille, 1972). Pour Kaufmann (1969), la fiabilité est synonyme de confiance et il la définit comme « la science de la confiance ». Nous ne saurons parler de fiabilité sans faire recours au terme système. Un système est donc considéré comme fiable s'il présente moins de risque. La fiabilité ici concerne alors l'interaction entre l'Homme et la technique. Comme l'affirme Kouabenan et al. (2006), les notions de fiabilité et de risque sont propres à l'interaction entre l'Homme et le système technico-organisationnel. L'un est donc le critère d'évaluation de l'autre. Le risque permet d'évaluer la fiabilité d'un système.

En ce qui concerne la sécurité routière, le risque est généralement appréhendé à deux niveaux complémentaires : les dimensions objectives qui concernent plus directement le danger extérieur (le ou les événements constituant une menace pour le conducteur) et son contenu subjectif, c'est-à-dire sur la façon dont le sujet humain perçoit le risque et l'évalue.

2.1.3. Perception du risque

La prise de risque est liée à la perception du risque. Elle peut être intentionnelle ou volontaire, individuelle ou collective. La perception du risque repose sur des modes de recueil des informations étant soit implicite (conversation entre amis), soit explicite (organismes officiels et médias) (Kouabenan, 1999). La maîtrise des risques tient compte du comportement de l'individu face au risque et surtout de sa perception du risque marquée par un certain nombre de biais : l'optimisme comparatif et l'optimisme absolu (Kouabenan, 1999). L'optimisme comparatif est la tendance à croire que les événements négatifs (accidents) n'arrivent qu'aux autres ; les individus s'estiment moins exposés au risque ou aux événements négatifs et plus chanceux qu'autrui pour les événements positifs (Meyer & Delhomme, 2000 ; Weinstein, 1980). Pour ce qui est de l'optimisme absolu, l'individu s'attend à ce que l'issue d'un événement ou d'une situation donnée soit positive (Sultan & Bureau, 1999). Cette croyance varie d'un événement à un autre.

Selon Assailly (2001), il y a trois dimensions différentes et indépendantes du contrôle du risque par l'individu : la non-perception du risque, l'acceptation du risque et la prise de risque. La perception du risque routier par les conducteurs fait l'objet de plusieurs dysfonctionnements : les méconnaissances, les biais et les acceptations.

- Les méconnaissances observées chez les jeunes adultes au niveau de la sécurité routière sont : l'alcool (ils ne connaissent pas le taux légal), la vitesse et la conduite en état d'ébriété (ils savent qu'il ne faut pas piloter un engin en état d'ivresse) (Assailly, 2001).

- Les biais de la perception du risque routier : le biais étant défini comme une préférence subjective pour une conclusion donnée parmi tant d'autres conclusions possibles (Kruglanski & Ajzen, 1983). Comme biais nous avons l'optimisme qui est l'un des plus influents et la conformité supérieure de soi, ici la plupart des conducteurs tendent à penser qu'ils sont plus sûrs et plus adroits que le conducteur moyen (Delhomme & Meyer, 1995).

- Les acceptations : le risque accepté amène à faire la différence entre risque et péril : le risque est un danger librement accepté alors que le péril est subi, attribué à l'environnement (Assailly, 1995).

Le lien établi entre la perception du risque et la prise de risque fait en sorte qu'on parle de prise de risque par ignorance ou de prise de risque consciente, délibérée ou calculée. Dans ce cas, l'individu appréhende bien le risque mais l'assume ou parfois le cherche. Il est cependant vrai qu'on ne peut pas faire certains métiers sans prendre de risques (sports automobiles, sports acrobatiques, alpinisme, etc.)(Assailly, 1995). A ce niveau, la prise de risque fait partie du métier.

2.1.4.1. Le risque objectif

La notion de risque objectif ou risque réel fait référence à une définition mathématique du risque, dont l'origine remonte à Bernoulli (1738), qui définit ce concept comme étant une probabilité d'occurrence d'un événement et d'une gravité liée à ses conséquences (Risque = probabilité x Gravité). La probabilité d'occurrence correspond à la fréquence avec laquelle un événement peut se produire ainsi qu'à la systématisme avec laquelle il peut donner lieu ou non à un accident. La gravité décrit les conséquences de l'accident pour l'humain, qui seront plus ou moins importantes et préjudiciables. C'est aussi à partir de cette formulation mathématique que la « cyndinique » (science qui étudie les risques naturels, technologiques ou domestiques, et qui cherche à les prévenir) définit aujourd'hui les risques sociétaux (Cazenave, 2006).

Leplat (2003) définit le risque objectif comme la probabilité qu'un événement ou qu'une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées. Le risque comporte donc deux composantes essentielles : la possibilité d'occurrence d'un événement et les conséquences néfastes de cet événement sur la santé ou le bien-être de l'individu. Une première idée importante au vu de cette définition du risque objectif, est que le risque pourra être considéré comme nul, ou très faible dès que la probabilité d'occurrence sera faible (et cela même si la gravité est très forte en cas d'accident) ou à l'inverse, dès que la gravité sera jugée faible (ce qui signifie qu'il n'y a pas de risque s'il n'y a pas de danger pour l'humain, et cela même si la probabilité d'occurrence est forte). Une seconde idée importante, est que la notion de risque objectif est intimement liée aux conséquences par opposition à la notion de danger qui porte pour sa part plus directement sur les causes. On retrouve cette idée chez Bourrelier et al. (2000, p.262) par exemple, qui définissent le risque comme « les effets d'un aléa sur des biens ou des personnes vulnérables ; le danger est un état, le risque sa mesure ».

Dans le cadre du risque d'accident auquel s'expose le conducteur sur la route, les choses sont bien différentes. En effet, le conducteur doit tout d'abord se rendre compte que la situation de conduite dans laquelle il évolue présente un danger pour lui, puis il doit ensuite évaluer ce risque à partir de quelques informations dont il dispose, avec ses propres compétences et ses capacités cognitives du moment, le tout dans le temps imparti qui lui reste pour pouvoir engager une manœuvre d'urgence. On parlera à ce niveau de risque perçu, ou d'évaluation subjective du risque.

2.1.4.2. Le risque subjectif et évaluation subjective du risque

Le risque subjectif ou risque perçu renvoie à la façon dont un sujet apprécie le danger et évalue le risque en situation. Thomson (1986) le définit comme « l'état mental d'un individu qui ressent une incertitude, un doute ou une inquiétude face au résultat d'un événement » (p.23). Mais on pourrait aussi étendre cette définition à l'estimation des conséquences d'une action que l'individu s'apprête à mettre en œuvre. Cadet et Kouabenan (2005) soulignent que la perception du risque ébranle le sentiment de contrôle, suscite des craintes, de l'angoisse ou dans certains cas du plaisir. Le risque subjectif est donc envisagé comme un phénomène construit par le sujet (Thomson, 1986). A ce titre, il pourra donc dépendre de la personnalité, mais aussi de l'expérience des individus (Cyr, 2008). L'évaluation subjective du risque pourra également dépendre du contexte, de l'activité ou de la nature du danger (Pilaeva, 2009). Ainsi, un même individu pourra se conduire comme un véritable « trompe-la-mort » sur la route, mais s'opposer fermement à la construction d'une centrale nucléaire à proximité de son domicile, jugeant ce dernier risque comme faisant peser sur lui une menace trop importante (Assailly, 1999).

Le risque subjectif n'est pas seulement relatif à l'individuel. Comme l'indique en effet Boholm (1998), il est également façonné par le collectif, dans la mesure où la compréhension du risque et les ressentis face au risque sont pour une large part apprises par l'éducation ou lors de pratiques collectives avec ses pairs. L'évaluation subjective du risque est par conséquent, socialement et culturellement structurée voire déterminée. Par exemple, le risque subjectif concernant l'utilisation d'une arme à feu sera sans doute très différent selon qu'on est africain ou américain (nationalité), que l'on pratique la chasse ou la pêche (loisir), ou que l'on est militaire ou non (profession). Dès lors, comme le signale Cadet et Kouabenan (2005), en tant que « valeur construite par un sujet évaluateur ne s'appuyant pas seulement sur ses connaissances techniques » (p.18), le risque subjectif repose aussi sur « l'évaluation active de nombreuses autres sources telles que les représentations sociales, les systèmes de valeurs et de

croyances, la tonalité positive ou négative de certaines expériences passées, la fonction dans le groupe, etc. A ce titre, la perception et l'évaluation subjective du risque résultent de constructions sociales » (p.20).

Pour conclure sur la notion de risque et pour reprendre schématiquement l'opposition risque objectif versus risque subjectif présentée dans cette section, le risque objectif renvoie à un danger observable et mesurable, mais où la responsabilité de l'individu n'est pas directement ou systématiquement engagée. On se place donc ici à l'extérieur du sujet, par opposition au risque subjectif qui renvoie à ce qui se situe (se passe) à l'intérieur du sujet. A ce niveau, la responsabilité de l'individu est pleinement engagée, puisque c'est à lui d'évaluer le risque et de décider du comportement à tenir face au danger qui le menace. Ce qui est généralement le cas des accidents de la route. De nombreuses recherches faites sur les accidents de la route, montrent que le facteur humain en est la première cause. Ce facteur humain fait ressortir en particulier le manque de compétences et la prise de risque (Lewin, 1982).

2.1.5. Le concept de prise de risque

La prise de risque est le fait de s'engager dans un comportement (ou de prendre une décision) à risque ; le comportement à risque se définissant comme une action (ou une absence d'action) associée à une probabilité non nulle et inférieure à 1, d'événements non souhaités. Elle survient lorsque la désirabilité de l'alternative risquée est supérieure au coût de ce comportement (Doron & Parrot, 2007).

Pour Irwin (1990), la prise de risque peut se définir comme un comportement volontaire, dont les résultats sont incertains et comportant une certaine probabilité de conséquences négatives pour le sujet, mais qui est malgré tout mis en œuvre dans l'espoir d'en obtenir un bénéfice en retour.

Michel et al. (2002) définissent la prise de risque comme « une décision impliquant un choix qui se caractérise par un certain degré d'incertitude quant aux possibilités d'échec ou de réussite. A chaque possibilité est associée une utilité, un bénéfice du risque » (p.5).

Dans le contexte particulier de la sécurité routière, Giscard (1967) définit la prise de risque au volant « comme le fait, dans une situation de conduite offrant la possibilité de choix entre plusieurs comportements, d'opter pour un comportement qui accroît les probabilités

d'avoir un accident ou à probabilité d'accident égale (voire moindre), qui augmente la gravité potentielle de cet accident » (p. 17).

La prise de risque correspond à un engagement délibéré et répété dans une ou des situations dangereuses pour soi-même et pour autrui (Adès et al., 1994). Ce comportement étant non imposé par les conditions de travail ou d'existence, mais recherché activement pour éprouver de sensations fortes, de jeu avec le danger et souvent avec la mort. Cette définition souligne le caractère volontaire de la prise de risque ainsi que son issue fatale.

Il ressort de ces définitions que la prise de risque apparaît comme un acte volontaire en vue d'une prise de décision. L'individu se trouve donc dans une incertitude lorsqu'il prend la décision d'agir entre le danger qui le menace et les bénéfices.

- la prise de risque chez les adolescents

La définition de la prise de risque est variable selon le sexe et l'âge. Les garçons prennent plus de risque au plan physique (conduire en état d'ivresse, consommer des drogues, etc.). Ceux qui sont plus jeunes prennent des risques moins considérables (sécher un cours, fumer une cigarette, etc.). Avec l'âge, la prise de risque s'accroît jusqu'à trouver une stabilisation quand une projection dans l'avenir devient possible et permet une certaine responsabilité (Assailly, 2010).

Rodriguez-Tome et al. (1997) expliquent la prise de risque chez les adolescents par une certaine croyance fataliste ou magico-religieuse. Ils croient qu'ils échapperont aux risques encourus. Il faut indiquer ici que les adolescents ont un sentiment élevé d'invulnérabilité personnelle. Selon certains auteurs, un tel sentiment d'invulnérabilité provient de l'égoïsme de l'adolescent. Autrement dit, son incapacité à envisager un événement de tout autre point de vue que du sien propre, basé sur ses expériences personnelles immédiates (Assailly, 2010). Ainsi, on peut donc penser que l'illusion d'invulnérabilité dérive d'engagements répétés dans des activités à risque sans qu'aucun phénomène de contagion ne s'ensuive. Cette illusion pourrait expliquer cette prise de risque chez les adolescents.

L'influence du groupe est particulièrement marquante dans les propos des jeunes. Les adolescents peuvent se mettre en danger avec une volonté d'intégration du groupe de pairs ou de reconnaissance par ce groupe de pairs et même la volonté d'être le leader (Bouvie et al., 2009). Cette prise de risque s'exprime chez les adolescents par : la parade à l'ennui, la volonté de tester ses limites, la prise de conscience de son corps, de son existence et avoir

l'impression de maîtrise sur sa vie, le sentiment de toute-puissance, ce qui n'est pas le cas chez les adultes.

2.1.5.1. Situations de prise de risque

Pour Adés et al. (1994), la conduite à risque implique, dans sa dimension pathologique, l'engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses pour soi-même et éventuellement pour autrui, comportement non imposé par les conditions de travail ou d'existence, mais recherché activement pour éprouver des sensations fortes, des jeux avec le danger, et souvent la mort. La prise de risque est dans ce cas, active. Ce qui souligne la dimension d'intentionnalité accrue.

Leplat (2006) insiste en effet sur le fait que le « risque » est avant tout le résultat d'une *interaction* dans la mesure où le risque n'est jamais ni totalement dû aux sujets humains, ni totalement dû aux conditions externes de l'activité : « le risque est toujours lié à une situation, c'est-à-dire à l'interaction des caractéristiques d'un sujet ou d'une collectivité avec des conditions d'exécution de cette activité, conditions techniques, organisationnelles, sociales, etc. » (p.47). Selon Cadet et Kouabenan (2005), les situations à risque présentent « plusieurs caractéristiques structurales et fonctionnelles communes vérifiables, dont la récurrence permet de définir une classe d'événements définie par des propriétés génériques » (p.7). Cadet (2001) identifie cinq grandes caractéristiques partagées par l'ensemble des situations à risque : présence de plusieurs variables actives, intégration d'informations, présence d'incertitudes, présence d'objets et de contraintes et appréciation des effets.

Dans ce contexte, « évaluer puis modéliser un risque consiste à appliquer à ces cinq registres d'information (...) des règles spécifiques qui vont permettre, sous des formes diverses, d'aboutir à une évaluation » (Cadet & Kouabenan, 2005, p. 11). Pour ces auteurs, les objectifs d'évaluation que l'on poursuit, les règles d'analyse peuvent reposer sur trois paradigmes différents : « le paradigme de l'utilité espérée » (qui se rapporte notamment à l'évaluation anticipée des actions positives et/ou négatives possibles, en vue de prendre une décision), « le paradigme psychométrique et les déterminants sociaux » (qui se rapporte notamment aux valeurs d'une société et/ou de groupes sociaux en termes d'acceptation du risque, ou de sensibilité à la réalisation événementielle d'un risque) et « le paradigme cognitif » (qui s'intéresse aux processus d'évaluation subjective du risque par un sujet lorsqu'il est confronté à une telle situation).

2.1.5.2. Cognitivism et prise de risque

L'évaluation du risque en tant qu'une conduite, c'est-à-dire comme une démarche organisée ou planifiée est une conception cognitiviste (Kouabenan et al., 2006). Le paradigme cognitif s'attache à la connaissance des processus qui participent à la mise en place de ce jugement évaluatif. En effet, il y a tout un processus de traitement de l'information sous-jacent à la production d'un tel jugement. Ce processus de traitement de l'information peut être qualifié de parcours cognitif et permet de faire un choix, de définir le ou les conduites et les actions adéquates. Les choix des évaluateurs ne sont pas identiques puisque chacun traite l'information en fonction de ses connaissances, de ses savoirs et de ses croyances. En matière de risque par exemple, le non scientifique et le scientifique ne procéderont pas de la même façon, le non scientifique va mettre en œuvre les recherches de type exploratoire alors que le scientifique ou l'expert va procéder à des traitements de type confirmatoire (Cadet & Kouabenan, 2005).

Nous pouvons retenir de ce modèle cognitif qu'il insiste sur les processus de traitement de l'information mobilisés par l'évaluateur, processus qui diffèrent d'un sujet à un autre, du profane à l'expert. Au vu de ce qui précède, la perception, l'évaluation et la prise de risque font appel à des opérations cognitives qui impliquent une certaine subjectivité, d'où la nécessité de parler de la personnalité.

2.1.5.3. Personnalité et prise de risque

Au terme des différents paramètres identifiés dans la littérature scientifique visant à établir les liens entre l'implication dans les accidents et le comportement au volant (en général) et la prise de risque (en particulier), figure la personnalité du conducteur. En effet, la recherche en sécurité routière s'est très tôt intéressée aux traits de personnalité et à leur impact dans les accidents de la circulation (Zuckerman, 1994).

Les travaux de Beamish et Malfetti (1962) mettent en évidence que l'attitude de rébellion, d'égoïsme, d'hypersensibilité, de manque de confiance en soi, d'un sens restreint de responsabilités civiques ainsi que d'un sentiment d'injustice peuvent être des traits de personnalité favorisant des comportements de transgression des règles de circulation chez les jeunes. Dans le même esprit, Schuman et al.(1967) évoquent les personnalités « impulsives » pouvant être en lien avec les accidents, puis McGuire (1976) suggère que les accidents peuvent varier en fonction de l'âge, de la maturité et du niveau d'adaptation sociale du conducteur. Une recherche menée par Ulleberg (2001) a porté sur la façon dont les jeunes conducteurs réagissent aux campagnes de sécurité routière selon leurs traits de personnalité,

leur rapport à la prise de risque et leur implication dans les accidents. Deux types de conducteurs ont été identifiés comme étant des groupes à haut-risque dans la circulation. Le premier de ces deux groupes à haut-risque se composait majoritairement d'hommes, caractérisés par de faibles niveaux d'altruisme et d'anxiété, une forte tendance à la recherche de sensations, à l'irresponsabilité et à une conduite agressive. Le deuxième groupe à haut risque est caractérisé par une forte tendance à la recherche de sensations, à l'irresponsabilité et à une conduite agressive. Au regard de ces différentes personnalités, Ulleberg (2002) conclut que les jeunes conducteurs ne devraient pas être traités comme un groupe homogène concernant la sécurité routière.

Cette recherche corrobore les résultats de l'étude d'Arnett et al. (1997). Dans cette étude, qui s'intéressait aux jeunes conducteurs imprudents, les auteurs ont en effet mis en évidence deux traits de personnalité fortement corrélés à l'implication dans des accidents de la route : la recherche de sensation et l'agressivité.

A travers ces études, il apparaît que la majorité des recherches consacrées aux traits de personnalité s'est focalisée sur des populations de jeunes automobilistes cependant, des travaux plus récents s'intéressent à d'autres populations. C'est par exemple le cas de la recherche de Buisson (2009) qui s'est concentrée sur les traits de personnalité des automobilistes infractionnistes dans le cadre de stage de récupération de points. L'auteur conclut que « les stagiaires de sexe masculin ont des scores d'extraversion significativement supérieurs à la population générale des actifs. Sans pouvoir dire que l'extraversion est un facteur de risque d'accident, nous avançons néanmoins que l'extraversion au masculin est liée à l'infraction » (p. 223). Ces résultats sont retrouvés dans les travaux de Rimmo et Alberg (1999) qui portaient également sur la relation entre l'implication dans les accidents et certains types d'infractions. Ils ont étudié le profil des conducteurs en termes de recherche de sensations au moyen de l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman (1979). Les auteurs ont alors montré que la recherche de danger et d'aventures était liée aux infractions concernant la vitesse et que les traits de personnalité concernant la désinhibition étaient liés aux infractions à la prise d'alcool.

2.1.6. La psychologie sociale et la prise de risque

Les jugements de valeur de la société concernant le risque et la prise de risque diffèrent selon le domaine concerné (entreprise, sport, conduite de véhicule, etc.). Généralement,

certaines formes de risque ou de prise de risque peuvent être jugées positivement selon les normes sociales dominantes.

2.1.6.1. Jugement sociétal sur la prise de risque

Selon Turner et al. (2004), la prise de risque peut être appréhendée de deux façons très différentes conformément aux valeurs d'une société. Cette prise de risque sera jugée négative si elle renvoie à un comportement volontaire et socialement inacceptable (par exemple : si ce comportement met en danger la vie d'autrui) susceptible d'avoir des conséquences négatives, soit pour celui qui s'y adonne, soit pour autrui, en terme de morbidité ou de mortalité (par exemple : l'usage des stupéfiants au volant). La prise de risque peut également être jugée positivement et être acceptée voire valorisée par la société dès lors que cette mise en danger délibérée de soi-même ou d'autrui sera reconnue d'utilité publique ou légitime (engager toutes ses économies pour créer son entreprise ou combattre le feu en cas d'incendie, etc.).

Pour ce qui est de la société, certaines prises de risque peuvent également être jugées comme acceptables ou compréhensibles, car relevant d'un processus naturel (Banet, 2010). C'est typiquement le cas de certaines prises de risque à l'adolescence. En effet, Lerner et Tubman (1991) ont montré que d'un point de vue développemental, la prise de risque est nécessaire aux processus d'acquisition de compétences, d'indépendance et d'individualisation du sujet. Cela s'explique par le fait que, durant la période de l'adolescence, les jeunes sont plus enclins à adopter des comportements à risque. Ils mettent alors à l'épreuve leur environnement et leur entourage familial. Cette défiance vis-à-vis du danger s'apparente parfois à un véritable rite de passage auprès de ses pairs. C'est aussi un moyen d'expérimenter les interdits parentaux pour pouvoir gagner son indépendance et quitter l'enfance. Les neuropsychiatres parleront alors de restructuration psychobiologique. Le Breton (1991) souligne que « ces prises de risque par défi ont une fonction positive, dans la mesure où elles actualisent les rites ordaliques des sociétés plus anciennes. Elles s'apparentent aux rites initiatiques qui ont toujours jalonné le passage de l'enfance à l'âge adulte et expriment souvent des valeurs qui sont celles de la société adulte, même si elles échappent de plus en plus souvent à son contrôle » (p.7).

Ces comportements de prise de risque socialement acceptables sus-évoqués ne se limitent pas à la problématique de l'adolescence. Nous avons par exemple la prise de risque dans les activités sportives dites « extrêmes » qui invitent au dépassement de soi, tant physique que mental, elle bénéficie souvent d'une bonne image sociale. Dans ces sports

extrêmes, le risque peut devenir une source de plaisir, puisqu'il amène le compétiteur à aller à la rencontre de lui-même en dehors des limites d'un cadre social toujours en quête de sécurité (Cazenave, 2006). Pour Baudry (1991), la prise de risque peut aussi devenir chez certains, une forme élaborée et originale de loisir, le danger étant considéré comme une expérience permettant de se distraire d'un quotidien ennuyeux. Ce genre de conduite à risque permet alors d'exprimer une fascination pour le dépassement de soi. Au niveau social, cette prise de risque est valorisée. Dans une société soucieuse avant tout de la sécurité, le risque délibérément choisi peut devenir une valeur et une légitimation de l'existence.

Selon Peretti-Watel (2001), « nos valeurs peuvent dans certains cas nous conduire à prendre des risques, parce que ces risques sont constitutifs de notre identité individuelle, sociale ou culturelle » (p.235). Parfois ces valeurs nous conduiront à minimiser les risques pris voire à les ignorer. Dans d'autres cas au contraire, elles seront affirmées et revendiquées. Nos valeurs façonnent nos expériences et elles influencent notre perception des risques : selon sa culture, chacun privilégie telle ou telle source d'information, se représente le monde et les risques de telle ou telle façon. Certaines valeurs donnent aussi du sens aux risques en distinguant les risques qui sont à craindre de ceux qu'il nous faut prendre. Ainsi, risques et valeurs sont indissociables. Les premiers se trouvant à la source des secondes (Peretti-Watel, 2001). En effet, comme le souligne Ewald (1998) :

C'est à travers le risque de sa vie que l'homme prend conscience de lui-même comme d'un homme, celui dont la valeur ne se réduit pas à son existence biologique, celui qui précisément est capable de risquer pour autre chose. Le monde des valeurs se révèle grâce à la capacité qu'a un homme de se risquer pour elles (...) à travers le risque que je prends se mesure la valeur que j'attache à ce pour quoi j'accepte de prendre le risque : la patrie dans la guerre, la liberté dans la résistance, l'amour dans le sacrifice de mon confort personnel. Ce qui fait la valeur d'une valeur, c'est ce qu'on est prêt à risquer pour elle (p.55).

De ce point de vue, la prise de risque peut être positive, elle n'est pas forcément pathologique. L'adolescent qui se livre à des conduites à risque est différent du soldat ou de l'amoureux parce qu'il met sa vie en jeu pour affirmer son attachement à des valeurs qui ne sont pas reconnues par la société des adultes dans laquelle il vit (Peretti-Watel, 2001).

Pour ce qui est du contexte particulier de la conduite automobile, la prise de risque délibérée au volant est jugée négativement par toutes les sociétés, mais il s'agit là d'un

phénomène très récent et qui ne concerne pas forcément toutes les populations de conducteurs, ni toutes les formes de prise de risque. Comme le montre en effet les enquêtes SARTRE (réalisées sur 12 années consécutives, et qui continuent actuellement), les jugements des conducteurs concernant certaines prises de risque, comme le fait par exemple de dépasser les limites de vitesse autorisées, seront très différents en fonction de l'âge, du sexe, du niveau social et/ou de la profession, de l'expérience de conduite et du nombre de kilomètres parcourus dans l'année (Delhomme et al., 2000). Plusieurs modèles ont été élaborés dans le but d'expliquer le processus d'évaluation du risque.

2.1.6.2. Modèles de l'évaluation du risque

Quatre modèles ont été identifiés par certains auteurs : le modèle du risque zéro Naätänen et Summala (1976), le modèle d'homéostasie du risque (Wilde, 1982), le modèle d'évitement de la menace (Fuller, 1984) et le modèle hiérarchique du risque (Van Der Molen & Botticher, 1986).

2.1.6.3. Modèle du risque zéro

C'est à Naätänen et Summala (1976) que l'on doit l'un des tout premiers modèles consacré à l'évaluation du risque par le conducteur. Ces auteurs partent du postulat que tout conducteur a pour objectif principal de faire en sorte que le risque encouru au volant soit toujours le plus proche possible de zéro. C'est la théorie du risque zéro. Pour ces auteurs, lorsque le conducteur prend un risque, cela est dû à une mauvaise estimation de la dangerosité de la situation ou à une mauvaise évaluation des risques induits par ses comportements (Banet, 2010).

Ce modèle accorde une importance aux facteurs motivationnels. Les processus cognitifs et perceptifs y sont en effet vus à travers l'influence que les motivations exercent sur leur déroulement. Une autre caractéristique de ce modèle réside dans le rôle central qu'y joue la vigilance. Cette composante doit s'entendre ici au sens de Head (1923) selon lequel « les réponses et l'adaptation aux stimuli externes sont intimement liées à l'état de vitalité de l'organisme et à son activité spontanée » (p.2). Naätänen et Summala (1974) ; Hakkinen (1972) montrent dans leurs travaux réalisés dans le contexte de la conduite, que la vigilance intervient dans la prise de risque et le traitement de l'information ainsi que dans la prise de décision et dans l'exécution des actions.

2.1.6.4. Le modèle d'homéostasie du risque

Proposé par Wilde (1982), le modèle d'homéostasie du risque repose sur la théorie des jeux et part de l'hypothèse que dans toute situation de la vie quotidienne, l'humain accepte de courir un certain niveau de risque dès lors qu'il peut en retirer un gain qui justifie cette prise de risque. Appliqué à la conduite routière, cela signifie que dans une situation donnée, le conducteur peut entreprendre des actions plus ou moins risquées en fonction d'un gain potentiel (gagner du temps par exemple, s'il est pressé). L'idée du modèle de Wilde est l'idée d'homéostasie qui insiste sur le fait que le rapport gain/perte (avantage à agir de la sorte/risque d'accident encouru) s'inscrit dans une relation d'équilibre : à tout instant, le conducteur ajuste ses comportements de manière à ce que le risque estimé soit en conformité avec les gains attendus.

2.1.6.5. Le modèle d'évitement de la menace

Le modèle d'évitement de la menace (Threat Avoidance Model) développé par Fuller (1984), s'inscrit dans le prolongement de la théorie du risque zéro de Naätänen et Summala (1976). Comme ces auteurs, Fuller considère en effet que le conducteur fait tout pour que le risque tel qu'il est apprécié, soit égal à zéro. Cela tient au fait que, l'expérience du risque étant dissuasive, les conducteurs tentent d'éviter au maximum toutes les situations critiques. Toutefois, Fuller (1984) insiste sur le fait que les conséquences négatives de ces situations ou événements n'ont pas besoin d'avoir été vécues par le sujet pour acquérir ce pouvoir dissuasif.

Du point de vue du fonctionnement, ce modèle repose sur des mécanismes de conditionnement et de renforcement d'associations entre les situations et les comportements. Les événements ou situations estimés à risque opèrent un conditionnement négatif sur certains comportements de conduite susceptibles d'en être à l'origine. Enfin, Fuller (1984) précise que, lorsque le conducteur anticipe correctement une menace et réagit de façon telle que le danger est effectivement évité, les comportements mis en œuvre font alors l'objet d'un feedback permettant de les renforcer. Dans le cas contraire, le renforcement sera négatif et tendra donc à faire oublier ces comportements.

2.1.6.6. Le modèle hiérarchique du risque

Le modèle hiérarchique du risque de Van Der Molen et Botticher (1986) vise à fournir un cadre structurel qui permette de décrire les processus de perception, de jugement et de

décision. Dans les travaux de Michon (1985), ce modèle décrit la conduite comme une activité structurée selon trois niveaux hiérarchiques :

- Le niveau stratégique qui concerne la planification du trajet, c'est-à-dire l'estimation de la durée du trajet et la vitesse à adopter, l'itinéraire à prendre, les motifs du trajet et les contraintes à prévoir comme la densité du trafic.
- Le niveau tactique concerne le choix et la planification des actions à mettre en œuvre pour atteindre un but donné dans la situation de conduite du moment.
- Le niveau opérationnel inclut deux modes de fonctionnement : le mode normal qui permet d'engager l'exécution motrice permettant de réaliser le plan de manœuvre tactique lorsque la situation est conforme aux attentes anticipées par le conducteur. Le mode urgence intervient en cas de danger manifeste d'accident détecté par le conducteur. Une décision d'urgence est alors prise afin d'engager un comportement d'urgence permettant de gérer le risque.

Ces trois niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres. Les traitements effectués au niveau stratégique débouchent sur des décisions et un plan stratégique qui est intégré dans les motivations prises en compte au niveau tactique.

Après cette présentation du concept de la prise de risque, nous constatons que l'adolescence est au centre de nombreuses activités à risque. Les conduites à risques sont extrêmement diversifiées (usage des substances psychoactives, sports extrêmes, prise de risque sexuel, prise de risque au travail, conduites dangereuses en véhicules/motos, etc.). De nombreuses études ont montré que plusieurs facteurs liés à la personnalité (émotions, impulsivité, estime de soi, invulnérabilité, recherche de sensations, etc.) du conducteur sont associés à la prise de risque.

2.1.7. Facteurs explicatifs de la prise de risque

Ici, il sera question de présenter les travaux sur les facteurs explicatifs liés à la personnalité du conducteur associés à la prise de risque. Entre autres travaux, ces facteurs concernent l'impulsivité, l'estime de soi, l'invulnérabilité et la recherche de sensations.

2.1.7.1. Impulsivité et prise de risque

L'impulsivité et son implication dans la prise de risque s'inscrivent en droite ligne dans la perspective des travaux développés plus récemment sur le rôle des émotions dans la prise de risque. En effet, l'impulsivité est un autre trait de la personnalité qui est lui aussi le

plus souvent corrélé à la prise de risque. Elle se réfère à la tendance à réagir spontanément à des indices de récompense potentielle, sans planification ni considération des pertes ou des sanctions potentielles (Llewellyn, 1998). C'est la tendance à prendre des décisions de manière hâtives plutôt que réfléchies (Assailly, 2010). De manière prévisible, l'impulsivité est associée à la prise de risque dans les paris. Cherpitel (1993 ; 1999) quant à lui montre que l'impulsivité et les variables sociodémographiques prédisposent à prendre des risques. Mais les études cas/témoins de Field et O'Keefe (2004) permettent de constater que lorsqu'on contrôle les variables sociodémographiques, il est possible de modérer le lien entre impulsivité et la tendance à la prise de risque.

Les approches contemporaines de la prise de risque se fondent plutôt sur la relation entre l'impulsivité et la régulation émotionnelle. Ces travaux soutiennent l'idée que l'impulsivité est liée à l'incapacité à inhiber certaines réponses alors que l'on essaye de manifester d'autres réponses (Rothbart & Bates, 1998). En effet, la logique de cette approche est que les individus qui manquent de la capacité à inhiber certaines réponses ont tendance à s'engager hâtivement et sans réserve dans des comportements risqués ou néfastes particulièrement, dans des situations qui provoquent de la frustration ou de la colère. Dans cette perspective, des relations entre la vie émotionnelle de l'enfant, ses capacités de contrôle et ses problèmes de comportement ont été mis en exergue dans plusieurs recherches (Eisenberg & Guthrie, 2000; Eisenberg & Sadovsky, 2005). Ces recherches, s'appuyant sur les observations et les rapports des parents et enfants, révèlent que des enfants de 5 à 8 ans ayant des problèmes émotionnels et surtout ceux ayant une tendance à la colère, présentent moins de capacité de contrôle de l'inhibition. Chez les adolescents et adultes, les travaux ont souligné l'existence d'un lien entre l'impulsivité et l'accroissement des conduites à risques typiques dans des domaines variés : l'usage du tabac, de l'alcool, les paris financiers, les comportements sexuels non protégés (Donohew & Zimmerman, 2000).

Ainsi les travaux menés dans le domaine de l'impulsivité ont commencé à voir petit à petit le rôle important et l'implication des émotions dans la propension des individus à prendre des risques, ainsi que le danger lié à l'incapacité à contrôler ou à réguler ses émotions dans la vie quotidienne.

2.1.7.2. Estime de soi et prise de risque

Plusieurs recherches se sont faites dans le but de montrer l'existence d'un lien entre l'estime de soi et la prise de risque. Des auteurs tels que Bandura (1997), Taylor et Brown (1994) suggèrent qu'une estime de soi élevée contribue à une meilleure santé mentale et

influence de cette manière l'ajustement comportemental, émotionnel et social des adolescents. Elle a aussi été jugée comme un facteur protecteur important face aux difficultés d'ajustement psychosocial des adolescents (Harter, 1999). Dans le cas de l'estime de soi sociale, il existe effectivement des adolescents qui surestiment leur propre compétence sociale (c'est-à-dire la survalorisation à la fois de leur capacité à se faire des amis et de leur aptitude à se faire accepter dans le groupe de pairs) qui présentent en même temps des tendances agressives et conflictuelles, mais qui ont paradoxalement tendance à s'évaluer très positivement dans le domaine social (Brendgen et al., 2004). La consommation d'alcool quant à elle tend à faciliter l'affirmation de soi chez les jeunes (Ferrand & Pujol, 1997).

La notion d'estime de soi est au cœur des débats de la psychologie sociale depuis plus de quarante ans. C'est une dimension évaluative du concept de soi qui semble être une ressource fondamentale pour le développement et le comportement de l'adolescent. Elle fait référence au degré selon lequel un individu s'aime, se valorise et s'accepte lui-même (Rogers 1967) mieux, au « sentiment plus ou moins favorable que chacun éprouve à l'égard de ce qu'il est, ou plus exactement de ce qu'il pense être » (Bariaud & Bourcet, 1994, p. 271). Cette évaluation subjective par rapport à soi semble de nature multidimensionnelle. Dans ce sens, elle a trait non seulement au soi global représenté par une perception générale, mais aussi à une évaluation organisée par domaines (Harter, 1982). Ainsi, l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent inclut des domaines tels que la performance scolaire (estime de soi scolaire), les relations avec les autres (estime de soi sociale), les états émotionnels et affectifs (estime de soi émotionnelle), l'apparence et les capacités physiques (estime de soi physique) et le sentiment d'affect et d'intégration au sein de la famille (estime de soi familiale) (Lila et al., 2000 ; March, 1990 ; Shavelson et al., 1976).

L'estime de soi se construit à partir des interprétations que la personne se fait des réactions de son entourage (Cooley, 1902) et surtout des personnes qu'elle considère comme importantes. C'est dire ici que la famille et les pairs sont essentiels à la formation de l'estime de soi. C'est pour cette raison que Bariaud et Bourcet (1994) affirment que le sentiment de valeur de soi se construit dès l'enfance, sur la qualité de la relation affective avec les parents et sur les propres réalisations du sujet. Les modalités relationnelles peuvent changer à l'adolescence mais, les parents restent la source fondamentale de valorisation ou de dévalorisation du jeune. Ainsi l'estime de soi est cruciale pour le développement global de l'enfant et de l'adolescent. De ce fait, le développement d'un ample éventail de problèmes psychologiques et comportementaux se rattache à une faible estime de soi (Moran, 2003) car

en réalité, une faible estime de soi se traduit souvent à l'adolescence par un faible ajustement émotionnel et par des problèmes de comportement (conduite délinquante).

Pour Harter (1986 ; 1987), l'estime de soi provient de la relation entre sa propre compétence et ses aspirations à être compétent. Par exemple, réussir à un examen de permis de conduire peut entraîner automatiquement le sentiment de la maîtrise de la conduite automobile. En effet, l'estime de soi fait référence à l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, de son degré de satisfaction de lui-même, bref c'est la valeur globale accordée à soi (Bariaud & Bourcet, 1994).

Un grand nombre d'éléments participent à la formation de l'estime de soi notamment : le succès réel et la tromperie de soi. Le succès réel se caractérise par le souci premier de réussir dans tous les domaines de la vie, alors que la tromperie de soi joue deux rôles : celui de constructeur et celui de destructeur. Dans son versant de construction, elle consiste à maintenir une image flatteuse de soi c'est-à-dire, tendance chez les personnes à expliquer et à interpréter leurs résultats, jugements et perceptions ainsi que celle des autres d'une manière favorable du point de vue de soi afin de préserver l'image désirée de soi (Bariaud & Bourcet, 1994). Elle entraîne une vision parfois erronée du soi et de tout ce qui l'entoure. En effet, sur cette tendance à préserver une vision valorisée de soi, se greffe une tromperie de soi. On croit savoir qu'on est le plus intelligent, le plus habile à éviter les accidents, le meilleur automobiliste, le moins exposé aux accidents alors qu'en réalité l'on pose des actes qui nous en rapproche davantage et font de nous les plus vulnérables faces à ces phénomènes (versant négatif), bref on se trompe soi-même cela est encore qualifié d'illusion positive chez Taylor et Brown (1994).

Cette illusion dont on vient de faire allusion explique le fait pour les individus d'avoir une perception parfois très valorisée d'eux-mêmes (surestimation de soi) dans laquelle tout ce qui est estimé négatif fait partie du registre commun à tous les individus tandis que le positif est attribué aux caractéristiques spécifiques à soi. On parle ici, d'un cas de haute « estime de soi » opposé à une « basse estime de soi » (Bariaud & Bourcet, 1994).

L'estime de soi semble entretenir une relation avec un grand nombre de variables psychologiques dont la prise de risque en particulier, la prise de risque liée à la consommation d'alcool, la délinquance et l'agressivité. En ce qui concerne l'alcool, Oubrayrie-Roussel et Safont-Monttay (2001) ont montré par exemple que la consommation d'alcool et de tabac s'accompagne d'un niveau d'estime de soi faible. De nombreuses études françaises (Chouquet & Ledoux, 1994 ; Coslin, 1996 ; Duché, 1993 ; Ferrand & Pujol, 1997) menées dans ce

domaine tendent à confirmer ce résultat. Elles précisent que la consommation d'alcool tend à faciliter l'affirmation de soi.

La relation entre l'estime de soi et la délinquance n'est pas toujours claire dans la littérature. Certains auteurs (Bandura, 1997 ; Taylor & Brown, 1994) suggèrent qu'une estime de soi élevée contribue à une meilleure santé mentale et influence de cette manière l'ajustement du comportement émotionnel et social des adolescents. Elle a également été jugée comme un facteur protecteur important face aux difficultés d'ajustement psychosocial des adolescents (Harter, 1999 ; McCullough et al., 2000). Cette dernière idée a été discutée par des auteurs qui remarquent qu'une estime de soi trop élevée entraîne des attentes peu réalistes et lorsque celles-ci sont contredites, des sentiments dépressifs et de conduites agressives peuvent se manifester (Brendgen et al., 2004).

Les travaux sur les relations entre l'estime de soi et l'agressivité ont donné des résultats contradictoires. En effet, certains auteurs ont trouvé qu'une agressivité élevée était liée à une faible estime de soi (Aderson, 1994 ; Gondolf, 1985) alors que d'autres ont rapporté une corrélation positive (Baumeister & Tice, 1985 ; Blaine & Croker, 1993). Buss et Perry (1992) quant à eux trouvent plutôt que l'estime de soi est négativement corrélée avec les échelles de colère. L'émotion de colère apparaît ici comme un ensemble d'efforts réalisés par l'individu pour défendre l'estime de soi (Solomon, 1986). Si tel est le cas pour les travaux sur l'estime de soi en lien avec la prise de risque, qu'en est-il de ceux sur l'invulnérabilité ?

2.1.7.3. Invulnérabilité, perception et prise de risque

Le sentiment d'invulnérabilité qui est le fait de se sentir invincible, indestructible entraîne une perception erronée des risques. Généralement, les adolescents adoptent des comportements dangereux à cause d'un sentiment d'invulnérabilité aux conséquences néfastes. Comme nous l'avons déjà dit au niveau de l'étude de la perception du risque, cette dernière intervient dans la décision de prendre des risques (Kouabenan, 2006). L'étude de la perception des risques aide à la bonne compréhension des attitudes et les choix des gens en matière de prise de risque. Nous avons également vu que le fait que le risque ou mieux la perception du risque fasse intervenir la conscience nous amène à dire que, la perception et la prise de risque ne sont pas des activités objectives par essence, mais plutôt des activités essentiellement subjectives.

En effet, plusieurs biais ou distorsions sont à l'origine de cette évaluation subjective. Le sentiment d'invulnérabilité a environ quatre considérations (Weinstein, 1987) qui sont : la croyance qui soutient que le fait de n'avoir pas été victime d'un accident jusqu'à présent

signifie qu'on est à l'abri ; les actions individuelles nous permettent d'éviter le risque ; la rareté du risque ; le manque d'expérience personnelle directe du risque. L'illusion d'invulnérabilité a pour point de départ les expériences personnelles et le contrôle perçu (Perloff, 1983 ; Slovic et al., 1981 ; Weinstein, 1987).

Les automobilistes qui parcourent des milliers de kilomètres en commettant des infractions et sans faire d'accidents ont tendance à croire qu'ils sont invulnérables (Sveson, 1978) de même que ceux qui, parcourant aussi des milliers de kilomètres, ont été confrontés à un accident peu grave (Delhomme & Meyer, 1995). Ces gens qui n'ont pas fait l'expérience d'un accident ou d'un accident grave ont l'impression qu'ils sont à l'abri d'un accident dans le futur (Weinstein, 1982) ce qui peut nous amener à dire que, les gens utilisent leur expérience passée pour faire des prédictions. Le fait de ne pas faire l'expérience de l'accident peut faire croire aux partisans de la croyance en l'invulnérabilité qu'ils sont très doués en matière de conduite automobile et se dire qu'ils peuvent faire face aux obstacles même s'ils roulent très vite. Ils surestiment ainsi leur capacité de conduite.

Les gens ont tendance à penser que l'issue des événements ne dépend que de leur action. En effet, les conducteurs qui surestiment leurs capacités de conduite, comparés à ceux qui ne les surestiment pas, ont tendance à croire qu'ils pouvaient éviter d'être impliqués dans les accidents de la route (Delhomme, 1991b). Cela est observé au niveau de toutes les tranches d'âge, et même chez les jeunes conducteurs qui sont fortement impliqués dans les accidents de la route. La surestimation de ses capacités nous renvoie à l'auto-estimation de ses compétences. Cette auto-estimation peut jouer un rôle déterminant dans la prise de décision sur le niveau du risque accepté. Si les gens ont une très grande confiance en leurs capacités de conduite, la perception du risque sera biaisée. En effet, on peut percevoir le danger, mais se dire qu'on pourra l'éviter ou on peut ne même pas percevoir le danger ou le percevoir assez tard et ne pas être en mesure d'adopter un comportement permettant de faire des manœuvres nécessaires qui peuvent nous permettre d'éviter l'accident : si on roule trop vite et qu'un autre véhicule nous barre la voie, on n'aura pas le temps nécessaire pour freiner. Quand on croit qu'on est un bon conducteur, on est tenté d'affronter des conditions très risquées en pratiquant l'excès de vitesse, c'est-à-dire, aller au-delà de la vitesse autorisée, en faisant des dépassements hasardeux, sans suivre le traçage de la route ou sans avoir une bonne visibilité, en choisissant de ne pas respecter les inter distances. De même, les gens qui se croient invulnérables ont tendance à prendre le volant en état d'ébriété, ils estiment que malgré le fait qu'ils sont allés au-delà du niveau d'alcool autorisé, ils seront capables de faire

face au risque d'accident de la route, que l'alcool ne constitue pas un frein à leur perception des risques ainsi qu'à l'évaluation desdits risques.

Il apparaît donc que le risque perçu détermine le risque pris. Dionne et Fluet (2007) ont réalisé une recherche comparative entre les conducteurs qui conduisaient sous l'influence de l'alcool et ceux qui ne conduisaient pas sous l'influence de l'alcool. Ils sont arrivés à la conclusion selon laquelle, l'alcool modifiait la perception des risques et par conséquent le comportement était aussi modifié. Une autre étude réalisée sur le comportement des jeunes américains a montré que ceux-ci avaient une attitude favorable au fait de boire et conduire, ils estimaient que l'alcool n'est pas un frein à leur capacité de conduite (Green et al., 2000 ; Machin & Sankey, 2008).

Le fait d'estimer ses propres capacités de conduite peut permettre d'expliquer pourquoi les conducteurs s'exposent de manière différente aux situations objectivement risquées. Il peut aussi aider à la compréhension de l'évaluation et de l'acceptation du risque. On constate aussi que, les conducteurs qui surestiment leurs capacités de conduite sont aussi ceux qui font trop attention à la manière de conduire des autres conducteurs, ils estiment que les autres constituent un danger par rapport à eux. Cela fait intervenir un autre paramètre : celui de l'expérience de la conduite automobile. Si les conducteurs très expérimentés peuvent manifester une lucidité en ce qui concerne le progrès de leurs capacités, certains jeunes conducteurs ont tendance à construire des images illusives pour ce qui est de leurs compétences (Brown & Groeger, 1988). La surestimation de ses capacités de conduite se retrouve au niveau de toutes les tranches d'âge et surtout chez les jeunes conducteurs alors qu'ils sont plus impliqués dans les accidents. Les conséquences de la surestimation de soi ne sont pas les mêmes, puisque l'expérience de la conduite fait intervenir des différents traitements d'information avec une meilleure organisation des connaissances, elles sont mieux structurées et plus accessibles. Ce qui implique que les informations nouvelles sont mieux intégrées et les schémas sont moins instables (Rasmussen, 1983). Les stratégies visant à intégrer les nouvelles informations sont aussi influencées par une autre dimension de la personnalité qui est la recherche des sensations.

2.1.7.4. Recherche de sensations et prise de risque

La recherche de sensations prédit une conduite imprudente chez les adolescents (Arnett 1996 ; Dalenet & White, 2006 ; Jonah et al., 2001). Les chercheurs de sensations ne perçoivent pas certaines situations comme risquées à cause de la confiance de leurs habiletés à conduire (Jonah, 1997). Selon Clark et al. (1990), la recherche de sensations peut être

considérée comme une dimension clinique évoluant sur un continuum, allant de la prudence maximale à l'audace extrême. Eiksund (2009) note que les individus qui s'exposent volontairement à un niveau de risque élevé ou recherchent de nouveaux risques, peuvent être qualifiés de « Sensation Seeker » terme introduit par Zuckerman, (1979). Pour Lejoyeux et al. (1996, p.320), « la recherche de sensations conduit à privilégier la multiplicité des expériences, l'intensité de l'existence, la brièveté de l'action et l'étreinte avec le monde. Elle incite à mettre sa sécurité en péril pour tester sa garantie et à rechercher ses limites ». Cela explique pourquoi l'individu en mal de sensations fortes aura tendance à prendre plus de risques. Jonah (1997) rappelle que le lien entre les individus chercheurs de sensations et les comportements de prise de risque avait déjà été observé dès les années 1970.

Pour ce qui est de la conduite routière, de nombreuses études (Jonah et al., 2001 ; Rosenbloom, 2003a) ont mis en relation la recherche de sensations avec des comportements risqués au volant ou au guidon et semblent donc montrer qu'un conducteur qui affiche un score élevé sur l'échelle de Zuckerman aura plus de chance d'avoir un comportement de conduite à risque. Arnett (1996), Jonah (1997), Zuckerman et Neeb (1980) ont montré la relation entre la recherche de sensations et la conduite routière dangereuse. Pour ces auteurs, les usagers de la route chercheurs de sensations sont plus audacieux et commettent davantage d'infractions que les individus non chercheurs de sensations. Lors d'une étude longitudinale examinant les différents styles de vie entre adolescents impliqués et adolescents non impliqués dans les accidents de la route, Beirness et Simpson (1988) ont observé que les adolescents accidentés de la route avaient de plus hauts scores sur l'échelle de recherche de sensations (Zuckerman, 1979) que les non accidentés. Wilson et Jonah (1988) ont aussi montré que les usagers de la route ayant un niveau élevé de recherche de sensations commettent davantage d'infractions que les personnes ayant un plus faible score de recherche de sensations. Jonah (1997) quant à lui, a répertorié une quarantaine d'études qui ont utilisées l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman (1974) pour identifier le lien entre la personnalité du chercheur de sensations, le style de conduite, la prise de risque et l'implication dans les accidents. Cet auteur a aussi démontré que les chercheurs de fortes sensations conduisaient plus vite et étaient plus téméraires mais plus compétents, c'est-à-dire heurtaient moins d'obstacles.

De nombreuses études (Arnett, 1990 ; Heino et al., 1992 ; Horvath & Zuckerman, 1993 ; Yu & Williford, 1993) ont montré que les chercheurs de sensations perçoivent moins le risque que ceux qui évitent les sensations dans des situations variées de conduite et que le

risque perçu et la conduite à risque sont corrélés négativement. Des études d'Arnett et al. (1997) ont montré qu'une forte recherche de sensations intervenait dans une conduite sous l'influence de l'alcool et était associée à une vitesse excessive et aussi au non-respect des feux de signalisation. Il ressort de ces différentes études qu'il y a une relation étroite entre la recherche de sensations et le comportement de prise de risque en conduite avec une corrélation comprise entre 0,30 et 0,40. Beirness (1995) a souligné que les sous-dimensions recherche de danger et recherche d'expériences de la recherche de sensations étaient prédictifs d'accidents de la route. Il montre à travers son étude que le besoin de stimulation amène les jeunes conducteurs à repousser le seuil de sécurité en adoptant des comportements de plus en plus risqués pour éprouver des sensations intenses et originales. De plus, cette appétence pour l'obtention de sensations fortes par le risque, persiste en dépit des conséquences négatives (par exemple, les accidents de la route) (Michel et al., 2006). Mallet (2005) a mis en évidence, dans une étude sur la conduite automobile plus ou moins imprudente, évaluée à partir des réponses des adolescents à des situations hypothétiques que seule la recherche de sensations intenses et non la recherche de sensations nouvelles, contribue à la prise de risque routier.

Pour ce qui est des engins à deux roues, les études menées par Flisher et al. (1993) ont révélé que les garçons sont tués 3,8 fois plus que les filles. Ils évoquent le non- port du casque et la prise de risque. Jelalian et al. (2000) trouvent que le non-respect des feux de signalisation et la conduite dangereuse (transgression des règles de sécurité, vitesse excessive, etc.) sont les principales causes des accidents des deux roues. La vitesse intervient dans 50% des accidents mortels chez les jeunes contre 30% chez les adultes (Assailly, 2001). Watson et al. (2007) ont mené une étude qui portait sur un échantillon de 229 conducteurs d'engins à deux roues et examinait les facteurs psychologiques et sociaux qui influencent les comportements des conducteurs en utilisant la théorie du comportement planifié et d'autres constructions psychologiques pertinentes telles que la recherche de sensations et l'agressivité. Cette étude a indiqué que les intentions à risque des motards étaient principalement influencées par les attitudes et la recherche de sensations, tandis que les intentions plus sûres étaient influencées par le contrôle comportemental perçu alors que les intentions prédisaient de manière significative les six types de comportement, la recherche de sensations et une propension à l'agression sont apparues comme des prédicteurs significatifs, en particulier pour les comportements à risques volontaires. Les travaux mettant en lien les facteurs explicatifs liés à la personnalité du conducteur associés à la prise de risque étant présentés, il s'agit à présent de présenter les facteurs sociodémographiques en lien avec la prise de risque.

2.1.8. Facteurs sociodémographiques et prise de risque

Les facteurs sociodémographiques en lien avec la prise de risque que nous présenterons ici sont : l'âge, le sexe, l'expérience, l'environnement social et le niveau d'instruction.

2.1.8.1. Age et prise de risque

Plusieurs études rapportées par Ragot et Munduteguy(2005) ont mis en exergue le lien entre l'âge et les comportements à risque dans le domaine de la sécurité routière. Elles mentionnent le fait que le risque est plus grand pour les jeunes par rapport aux adultes. De même, les travaux de Huang et Preston (2004) ; Mullin et al. (2000) ; Nakahara et al. (2005) ; Yannis et al. (2005) ; Zambon et Hasselberg (2006 a) ont mentionné un risque plus grand pour les jeunes motocyclistes à la fois en termes d'implication dans les accidents qu'en termes de gravité. Ces travaux s'accordent aussi sur le fait que les jeunes ont une attitude qui valorise la prise de risque et ces derniers surévaluent le plus leurs compétences de conduite notamment face aux situations critiques et sous évaluent le plus la dangerosité de la situation.

Plusieurs études expérimentales récentes ont mis en évidence un effet positif et significatif de l'âge sur la prise de risque (Brauw & Eonezou, 2014 ; Brick et al., 2012 ; Carpenter & Cardenas, 2013). Elles ont aussi trouvé un effet positif mais faible, chez les pêcheurs d'Afrique du Sud. Les résultats de Carpenter et Cardenas (2013) sont tirés d'un échantillon de 3109 individus repartis sur 6 grandes métropoles d'Amérique latine. L'expérience de Brauw et Eozenou (2014) concernait les préférences pour le risque chez les agriculteurs du Mozambique. On constate donc une certaine convergence des résultats, d'autant plus remarquable qu'elle concerne des populations très différentes et que les méthodes employées étaient différentes. Des résultats allant dans le même sens ont été mis en évidence par Raynaud et Couture (2010) pour les agriculteurs français.

Certaines études ont cependant trouvé un effet négatif de l'âge sur la prise de risque (Dohmen et al., 2011 ; Yesuf & Bluffstone, 2009). Mais le résultat empirique le plus fréquemment observé est l'absence d'effet significatif de l'âge, un résultat déjà présent dans les travaux de Binswanger (1980). Des travaux plus récents ont conforté ceux obtenus par Binswanger (1980) notamment Henrich et McElreath (2002), Galarza (2009), Charness et Villeval (2009) ; Tanaka et al. (2010).

Selon les travaux de Tymula et al. (2013) portant sur un échantillon nord- américain, la relation entre la prise de risque et l'âge serait en réalité non monotone. Sur la base des résultats d'une expérience ciblée sur des groupes d'âge entre 12 et 90 ans, ils observent une

relation en forme de « U inversé » : les plus jeunes (entre 12 et 17 ans) et les plus vieux (entre 65 et 90 ans) ont une plus faible propension à prendre des risques que leurs homologues d'âge médian (entre 30 et 50 ans). Cependant, cette étude révèle également que la cohérence des choix dépend de l'âge : la fréquence des violations de la dominance stochastique de premier ordre est de 24,9% chez les plus vieux par contre seulement 10,1% chez les adolescents. Cette fréquence est plus faible chez les deux classes intermédiaires : 5,2% pour les individus entre 20 et 25 ans et 5,4% pour les individus entre 30 et 50 ans.

2.1.8.2. Sexe, expérience, environnement social et prise de risque

Le sexe a été identifié comme variable clé dans la compréhension des risques pris par les adolescents. En effet, la plupart des études (Coppens & Gentry, 1991 ; Rosen & Peterson, 1990) montrent que les garçons s'engagent davantage dans des comportements à risque que les filles. En plus, les garçons comparés aux filles ont tendance à identifier les situations comme moins risquées (Hiller & Morrongiello, 1998).

En terme d'accidents, les résultats des travaux de Ragot et Munduteguy (2005) montrent qu'un conducteur de deux-roues à moteur avec dix années d'expériences de la conduite a une probabilité d'accident de 38% plus faible qu'un conducteur de deux-roues à moteur de même âge mais seulement, d'un an d'expérience de conduite. D'autres travaux (Tiffin & Mc Cormick, 1958) montrent une moindre accidentalité des opérateurs plus expérimentés par rapport aux opérateurs moins expérimentés. Bauge et Vigneron (1983) notent une décroissance progressive du risque d'être accidenté au fur et à mesure que l'individu acquiert de l'ancienneté au poste de travail (Rousseau & Monteau, 1991).

Si pour certains, le facteur développemental de l'individu est prépondérant dans les conduites à risques, pour d'autres c'est l'influence des facteurs de l'environnement social, notamment le rôle des parents et des pairs qui est déterminant dans la prise et l'adoption des conduites à risques. En considérant le premier point, c'est-à-dire l'influence parentale, le comportement des parents détermine en partie la propension à la prise de risque chez les adolescents. Car le plus souvent, les adolescents « modèlent » leurs comportements en fonction de celui de leurs parents par le biais de l'observation, de l'imitation directe de ce que font ceux-ci, de l'exposition permanente à la manifestation des conduites à risques et la perception qu'ils ont du comportement de l'adulte. Le style de conduite des parents reflétant les motivations, les attitudes, les représentations, les valeurs et les préoccupations de la société de vitesse (Assailly, 2010).

Les adolescents tendent ainsi à imiter leurs parents, d'autant plus que dans le cas du comportement routier par exemple, avant l'accès à la conduite proprement dite, l'enfant (future adolescent) constitue pendant au moins 18 ans un observateur parfait et attentif des comportements de ses parents au volant. La banquette arrière étant le premier rang du cinéma (Assailly, 2010). En effet, par le biais de la socialisation, de la transmission des valeurs notamment, celle du respect des règles de limitation de vitesse, l'héritage accidentogène est transmis à l'adolescent tel que révèlent la plupart des travaux sur la transmission intergénérationnelle de l'accident (Bianchi & Summala, 2004 ; Ferguson, 2001 ; Taubman-Ari et al., 2007 ; Wilson, 2007).

En ce qui concerne l'influence des pairs, de nombreux travaux (Blanton et al., 1997 ; Gerrad et al., 1996 ; La greca et al., 2001) ont montré que par le processus de l'influence sociale, on assiste à une similarité de « patterns » au sein d'un même groupe. L'individu modèle son comportement en fonction de celui des autres membres du groupe surtout celui de ceux avec lesquels il collabore constamment par le biais de l'imitation, dans le but de préserver la conformité au groupe, de se sentir plus à l'aise et éviter l'exclusion (Mvessomba, 2009). D'où l'émergence du modèle prototype développé dans cette approche qui sous-tend que lorsqu'un comportement est valorisé ou populaire au sein d'un groupe et fréquemment adopté par son leader et même s'il implique certains comportements à risque, ce comportement a tendance à susciter l'admiration des autres membres de ce groupe qui, à leur tour vont l'imiter (Boyce et al., 2008). Irwin et Millstein (1991) ont souligné que ces comportements admirés dans le groupe visent à mieux dominer et contrôler les autres membres du groupe et de conforter son image propre auprès des pairs. Ainsi, les parents comme les pairs (amis) des adolescents jouent un rôle dans leur adoption des conduites à risques.

Soulignons toutefois, que les influences des parents et des pairs n'agissent pas au même moment. Kanden et Andrews (1987) ont montré que les parents sont particulièrement importants dans la période d'initiation à la vie, à travers les normes, les valeurs et l'éducation qu'ils inculquent à l'enfant. L'influence des pairs quant à elle, devient plus importante une fois que le comportement est installé. Surtout à l'adolescence où l'enfant commence à découvrir le monde.

2.1.8.3. Niveau d'instruction et prise de risque

Le problème de non application des mesures de sécurité routière dans le secteur de transport par mototaxis étant en partie dû au bas niveau d'éducation des mototaximen, nous

admettons que l'éducation routière doit faire partie intégrante de l'enseignement apporté aux enfants en milieux scolaires et en dehors des milieux scolaires. Car bien que les plus jeunes ne soient pas encore capables de s'adapter aux problèmes de circulation complexes, et peuvent avoir des comportements spontanés dangereux, l'éducation les préparera à la tâche de futurs usagers de la route et les aidera à développer les aptitudes nécessaires (Ndjiepmo, 2008).

Bien que le choix professionnel soit une décision risquée, il est également étroitement interdépendant avec le niveau d'éducation qui améliore l'habileté managériale (Antunes & Cavalcanti, 2002 ; Hartog et al., 2003). Un individu avec un niveau d'éducation élevé sera un meilleur administrateur et aura plus de chance de passer de l'auto emploi à l'emploi salarié.

Sisiopiku et Cotten (2016) ont mené une recherche dont l'objectif était de déterminer des modèles prédictifs de prise de risque et de comportements protecteurs chez les motards. Pour y parvenir, une enquête en ligne a été utilisée pour collecter des données auprès de 269 participants appartenant à une communauté de motards en ligne en Alabama. Les données ont été utilisées pour examiner la relation entre l'utilisation du site Web pour la recherche d'informations et deux résultats : la fréquence des comportements de conduite à risque et la fréquence du port d'équipement de protection. Les analyses ont utilisé des modèles de régression des moindres carrés ordinaires multivariés, ajoutant des variables au modèle dans l'ordre suivant :

- Utilisation du site Web pour la recherche d'informations ;
- Perception du risque ;
- Indices d'action ;
- Comptabilité des variables de contrôle pour l'expérience de la moto, les compétences et facteurs sociodémographiques.

Pour conclure, les auteures avancent que la recherche d'informations sur la sécurité routière était associée à un comportement de conduite moins risqué et à une plus grande utilisation d'équipement de protection. Cependant, l'utilisation générale du site Web communautaire était associée à une plus grande prise de risque. Cette étude fait avancer les travaux antérieurs en examinant les prédicteurs du comportement de conduite à risque et du port d'équipements de protection, plutôt que d'examiner de manière réactive les déterminants des accidents de motos.

Pour Savolainen et Mannering (2005), l'augmentation persistante du nombre de décès et de blessures à moto ces dernières années ont accru la sensibilisation à la sécurité et ont attiré

l'attention sur le rôle que la formation et l'éducation des motocyclistes peuvent jouer dans la réduction des taux des accidents. Dans cette étude, un échantillon de motocyclistes de l'Indiana a été utilisé pour estimer des statistiques de l'efficacité des programmes de formation existants pour réduire les probabilités d'accident. Les modèles statistiques relatifs au choix de vitesse des motocyclistes et au comportement d'utilisation du casque ont également été estimés. Les résultats ont montré que les personnes qui ont commencé les cours de formation des motards étaient moins susceptibles d'être impliqués dans un accident que ceux qui ne l'ont pas fait et que ceux qui ont suivi le cours du début à la fin et plus d'une fois étaient beaucoup moins susceptibles d'être impliqués dans un accident.

2.1.9. La prise de risque chez les conducteurs de motos taxis

Les conducteurs de motos-taxis se recrutent dans toutes les tranches d'âge de la société camerounaise même si la majorité se situe dans les 16-30 ans. Ce sont généralement des exclus du système éducatif sans qualification professionnelle (Kuitcheu, 2015). Ces individus très souvent motivés par la recherche du plus grand gain, prennent beaucoup plus de risque que les conducteurs de taxis-autos. Les conduites à risque chez les conducteurs de motos taxis sont de plusieurs ordres: la conduite à vitesse élevée, la consommation d'alcool et des substances psychoactives, la conduite sans équipements de sécurité, la surcharge ou « bâchage » et le slalom.

2.1.9.1. La conduite à vitesse élevée

D'une manière générale, il est établi dans la littérature que plus un conducteur roule vite, plus il lui est difficile de traiter toutes les informations relatives au danger et d'y répondre (Aarts & Van Schagen, 2006). De nombreuses études montrent en plus que la vitesse est la variable la plus influente sur le risque de causer les accidents sur la route (Delhomme & Meyer, 1995 ; Lardeli-Claret et al., 2008). Ainsi, la vitesse augmenterait la probabilité d'occurrence de l'évènement dangereux. De même que la gravité des lésions en cas de choc (Assailly, 2001). Une étude de Broughton (2005) dans laquelle il compare les circonstances des accidents mortels des automobilistes et motocyclistes en Grande Bretagne révèle que, pour les motocyclistes tout comme les automobilistes, le facteur prédominant conduisant à l'accident mortel est la perte de contrôle entraînée par une vitesse excessive.

2.1.9.2. La consommation d'alcool et de substances psychoactives

La consommation d'alcool et de substances psychoactives au volant est l'une des causes les plus souvent évoquée dans les accidents. Ces substances sont susceptibles de ralentir les habiletés cognitives du sujet, l'empêchant de ce fait de réagir rapidement dans une situation risquée (Assailly, 2001). Il est donc déplorable de constater que les conducteurs de motos-taxis consomment très souvent de l'alcool (kitoko), mais aussi du chanvre indien et d'autres substances dans le genre (Tramadol). Assailly (2001) révèle que l'alcool est un facteur évoqué dans environ 30% des accidents, chez les jeunes comme chez les vieux conducteurs. Une étude de contrôle réalisée au Michigan en 1964, connue sous le nom d'étude de Grand Rapid montre que les conducteurs qui avaient consommé de l'alcool risquaient plus d'être impliqués dans une collision que ceux qui n'en ont pas consommé, et que ce risque augmentait rapidement avec l'alcoolémie. Ces résultats serviront de base dans de nombreux pays du monde dont le Cameroun pour fixer les limites légales de l'alcoolémie et du taux d'alcool dans l'haleine qui est généralement de 0,8g /dl. Dans la zone CEMAC, le taux d'alcoolémie est de 0,8g/l de sang. Ce taux contraste avec celui de l'OMS qui est plafonné à 0,5g/l de sang et qui est applicable partout dans le monde. Odero et al. (1997) montrent dans des enquêtes réalisées dans des pays à faible revenu sur les conducteurs, que 33% et 69% des conducteurs tués au volant et près de 8% et 29% des conducteurs impliqués dans un accident non mortel avaient consommé de l'alcool. Cela montre que l'alcool au volant n'est pas une caractéristique propre aux jeunes. Narelle et al. (2009) montrent dans une étude comparative de la prise de risque dans les accidents de cyclomoteur et de moto que, la prise de risque en motocyclisme comprend le non-respect délibéré des règles de la route (y compris les excès de vitesse et les cascades), la conduite sans permis, la conduite avec des facultés affaiblies par la drogue et l'alcool et la conduite sans casque. Lors d'une étude, Nakahara et al. (2005) expliquent l'augmentation du risque d'accident des motocyclistes en Thaïlande par le fait que les individus conduisent le plus souvent sous l'emprise de l'alcool.

Becker et al. (2003) estiment que les décès de motocyclistes représentaient 7% du total des décès sur la route en 2000. Pourtant, les motos représentent moins de 2% de tous les véhicules immatriculés et seulement 0,4% de tous les kilomètres parcourus par les véhicules. Le nombre de décès de motocyclistes avait diminué du milieu à la fin des années 1990 jusqu'en 1998 et 1999, lorsque le nombre de décès a considérablement augmenté. Les coureurs de plus de 40 ans sont décédés à la suite de ces accidents et des taux d'alcoolémie élevés étaient impliqués. Pour identifier des approches efficaces de prévention et

d'intervention, 20 groupes de discussion sur les motos, 16 groupes de motards et 4 groupes de leadership, ont été organisés dans cinq villes ou régions des Etats-Unis. Les résultats de ces groupes indiquent que :

- Les motards découragent souvent leurs pairs de rouler après avoir bu, mais un respect culturellement renforcé de la liberté du motard et de la responsabilité individuelle fixe des limites aux actions des pairs ;

- La préoccupation du pilote pour la sûreté et la sécurité de la moto presque éclipse toujours le souci de la sécurité individuelle et contribue à boire et à rouler ;

- La mise en fourrière des motos et le paiement ordonné par le tribunal des frais d'entreposage des véhicules, des programmes de traitement de l'alcoolisme et d'autres frais sont considérés comme des contre-mesures persuasives. Les résultats suggèrent que les futurs efforts de prévention de l'alcoolisme et de l'équitation devraient intégrer des approches par les pairs et la modélisation des normes sociales. Les techniques d'intervention en cas de crise peuvent être utiles pour empêcher les conducteurs déjà affaiblis de conduire leur moto.

2.1.9.3. La conduite sans les équipements de sécurité

Les conducteurs de mototaxis roulent sans les équipements de sécurité qui peuvent amoindrir la gravité du choc lors d'un accident. En effet, les conducteurs de motocyclettes sont les plus exposés au danger compte tenu de l'absence de carrosserie sur leurs engins. Pour Vézina (2008), le port du casque tout comme le port de la ceinture de sécurité chez les automobilistes est un facteur significatif en termes de protection de l'intégrité physique et de la santé du motocycliste. Elle rappelle une étude de Coben et al. (2007) qui montrait que le non port du casque chez les conducteurs entraîne un risque plus élevé d'être tué ou gravement blessé lors d'un accident. C'est également ce que montrent Lewhe et Zemmour (2009) quand ils concluent leurs travaux en disant qu'en cas de collision, les utilisateurs des deux-roues motorisées qui ne portent pas le casque risquent trois fois plus d'être victimes de traumatismes crâniens que ceux qui en portent. Pour Djiepmo (2008), le défaut de port du casque est le principal facteur de risque pour les utilisateurs de deux-roues motorisées car, le casque protège la tête. Il est démontré que le port du casque réduit de 20 à 45% le nombre des traumatismes crâniens graves et mortels chez les motocyclistes. Des personnes enquêtées à Yaoundé, 30,6% seulement de ces dernières sont conscientes de l'effet positif que le casque apporte à la protection des citoyens contre les chocs corporels issus des accidents de la circulation. Une autre pratique récurrente est la surcharge.

2.1.9.4. La surcharge ou le « bâchage » et le slalom

On note par ailleurs des comportements comme le « bâchage » ou la surcharge des personnes. En effet, les anciens modèles de motos ne permettaient pas de transporter deux passagers du fait de leur petite taille. Cependant, l'ouverture économique à la Chine a mis sur le marché de nouveaux modèles permettant de « *bâcher* ». Cette pratique s'est largement développée quand les motos dites « *chiens noirs* » venues du Nigeria ont envahi les villes camerounaises. Elles étaient plus longues et permettaient de prendre deux à trois passagers et même de poser un sac sur le réservoir qui servait de porte bagage (Feudjio, 2015). Avec l'arrivée des motos-chinoises, la pratique du *bâchage* s'est encore accrue. À l'origine, c'étaient les clients qui choisissaient de *bâcher* sur la moto en proposant de monter à deux ou trois pour faire une économie. L'idée s'est vulgarisée, si bien qu'à de rares exceptions près, tous les conducteurs de motos taxis *bâchent* désormais. Le principe ne recueille pas forcément les faveurs de tous les clients, pourtant il est maintenant admis de partager une moto avec des personnes qu'on ne connaît pas, mais qui vont dans la même direction que soi. (Feudjio, 2015).

Cette prise de risque, est surtout le fait des jeunes conducteurs. La surcharge volontaire ou subie est désormais à la mode. Les usagers s'habituent à ces nouvelles manières de circuler qui font qu'en tant que client d'une mototaxi, on se laisse *bâcher* ou qu'on *bâche* derrière un client inconnu. Les conducteurs de motos taxis ont appris à trouver au moins deux clients avant leur décollage ou à prendre un deuxième ou un troisième en cours de route (Feudjio, 2015). Cette pratique, initialement négociée entre les conducteurs et leurs clients s'impose désormais à ces derniers qui ne sont plus guère consultés. Les clients prudents ou exigeants payent le montant double pour éviter d'être *bâchés*. Cette pratique accélère le rythme d'accumulation de la recette journalière, au détriment de la sécurité des passagers et du conducteur. De plus, tout le monde y gagne : les passagers réalisent une économie sur la course et le conducteur améliore son profit (Feudjio, 2015).

Une autre situation de prise de risque chez les conducteurs de motos taxis est le slalom. Slalomer c'est se déplacer en slalom, suivant un parcours sinueux. C'est aussi parcourir en contournant une succession d'obstacles. Ce comportement de prise de risque est beaucoup observé chez les conducteurs de motos taxis au Cameroun, plus fréquemment en cas d'embouteillage (Nghah essomba, 2017). Il s'agit pour ceux-ci de doubler tantôt à droite tantôt à gauche, de manière intempestive et hasardeuse. Il s'agit également de circuler et de faufiler entre les véhicules (Nghah essomba, 2017).

2.2. La notion de croyance

Dans cette section, nous présenterons d'abord les différentes définitions de la notion de croyance. Ensuite, nous présenterons les formes de croyances.

2.2.1. Définitions de la notion de croyance

Doron et Parot (1991) définissent la croyance comme étant une attitude d'adhésion à une proposition dont la vérité ne peut toujours être démontrée. Pour Goldman (2005), la croyance est un processus conscient par lequel un sujet adhère à des perceptions ou des élaborations cognitives non vérifiées par les sens. Quant à Clément (1999) qui privilégie une approche neuro-cognitiviste, la croyance est un état informationnel codé dans le cerveau, sur lequel nous nous appuyons pour engendrer des actions et des pensées et qui peut faire l'objet de révision. Pour lui, il convient de distinguer les attentes spontanées qui relèvent de l'inconscient collectif, des croyances qui sont des représentations pouvant donner lieu à une révision consciente. De toutes les définitions ci-dessus énumérées, il se dégage une constance: l'adhésion à quelque chose ou à une proposition qu'on tient pour vraie alors qu'elle ne peut faire l'objet de vérifications. Clément (1999) se démarque de cette constance par deux points qui nous semblent intéressants.

D'une part, il met en exergue la fonction d'une croyance qui pour lui est d'orienter nos actions et nos pensées. D'autre part, il affirme son caractère conscient et modifiable. En nous appuyant sur ces définitions, nous pouvons considérer les croyances comme étant des propositions scientifiquement injustifiables, affirmées comme des vérités auxquelles un individu adhère consciemment et qui orientent ses actions et son mode de pensée. De plus, nous sommes de l'avis de Clément (1999) pour qui, non seulement l'adhésion à une croyance est consciente, mais qu'elle peut être modifiée, même si à priori l'individu est convaincu que c'est une vérité immuable. En se confrontant aux expériences nouvelles dans sa vie, un individu peut être amené à réviser le degré d'inflexibilité de ses croyances. De même, l'effet d'une communication persuasive peut amener un individu à réviser sa position vis-à-vis de certaines propositions qu'il considérait comme des vérités immuables. Une fois la notion de croyance définie, évoquons à présent les différentes formes de croyances.

2.2.2. Les formes de croyances

Face à l'intérêt de plus en plus croissant de l'étude des systèmes de croyances et d'idéologie par la psychologie sociale, les chercheurs ne se sont pas seulement limités à la définition des croyances, ils ont proposé des théorisations qui tentent de ressortir leur

typologie Mvessomba et al. (2017).

Après Adono (1950) et Rokeach (1947 ; 1948 ;1954), qui ont donné une orientation inédite aux travaux sur les croyances, à travers les notions de « personnalité autoritaire » et de « dogmatisme » pour une certaine explication des comportements irrationnels, Deconchy (1989) a non seulement introduit le concept d' « orthodoxie » pour expliquer efficacement ces comportements, mais a aussi proposé une classification des croyances en « croyances institutionnalisées » et en « croyances sauvages ». Les premières désignent celles qui sont régulées par un système de croyances et d'idéologie comme l'Eglise catholique romaine ou alors le Parti communiste soviétique (Deconchy, 1989). Les secondes n'ont rien de sauvages comme pourraient penser certains, mais désignent les croyances qui n'appartiennent à aucun système reconnu comme ceux qui précèdent, mais qui ont tout de même une adhésion des individus (Mvessomba et al., 2017).

Pour Terrier (2006), les croyances peuvent être classifiées en cinq principales catégories : les croyances collectives, les croyances individuelles, les croyances d'autorité, les croyances dérivées et les croyances sans conséquences. Les croyances collectives désignent celles qui sont partagées par plusieurs individus et qui sont rarement remises en cause ; elles sont ainsi différentes des croyances personnelles qui sont issues des expériences de la vie de l'individu et de l'image des parents ainsi que des individus de l'entourage. Les croyances d'autorité proviennent du groupe d'appartenance qui constitue le groupe de référence et du poids qu'on leur attribue ; elles servent de base aux croyances dérivées. Les croyances sans conséquences sont comme leur nom l'indique, celles qui ont une moindre importance dans les pensées des individus ainsi que dans les décisions qu'ils prennent (Mvessomba et al., 2017).

Selon Mayaki (2008), le champ des croyances est étendu. Pour cette auteure, les croyances peuvent être inférentielles ou descriptives, individuelles ou groupales, naïves ou constituées. Elle relève quatre types de croyances en l'occurrence les croyances religieuses, les croyances de contrôle, les croyances comportementales et les croyances normatives. La typologie des croyances selon Mayaki (2008) s'appuie sur les objets de croyance. Cependant, on peut également regrouper les croyances suivant la relation fonctionnelle entre l'auteur et l'objet de la croyance, en l'occurrence le contrôle. Suivant le contrôle probable exercé sur l'objet, on peut distinguer des croyances aux objets non contrôlables et des croyances aux objets plus ou moins contrôlables. Ainsi, on distingue les croyances fatalistes liées à un objet non contrôlable (la fatalité), les croyances de contrôle, les croyances en un contrôle divin et

les croyances culturelles, liées à des objets contrôlables (ses capacités, Dieu, la culture) (Mvessomba et al., 2017).

2.2.2.1. Les croyances fatalistes

Les croyances fatalistes constituent un exemple type des croyances en un objet non contrôlable (la fatalité). Elles se réfèrent à des propositions (ou l'adhésion à de telles propositions) qui affirment l'inéluctabilité ou le déterminisme supposé des événements, en particulier des événements malheureux. Cette forme de croyance qui a longtemps entouré la conception de l'accident fait de plus en plus l'objet d'études sur la perception des risques et sur l'explication des accidents (Gouertoumbo, 2020 ; Kouabenan, 1998 ; Mvessomba, 2021 ; Norenzayan & Lee, 2010 ; Peltzer & Renner, 2003 ; Vitgo, 2015) mais, également sur tout autre événement de la vie (Pepitone & Saffiotti, 1997). Qu'en est-il des croyances de contrôle ?

2.2.2.2. Les croyances de contrôle

Les croyances de contrôle sont nombreuses et constituent l'une des formes de croyances portant sur des objets que l'auteur de la croyance peut plus ou moins contrôler, c'est-à-dire ses propres capacités. On retrouve les croyances de contrôle dans les modèles d'adoption des comportements de protection. Elles prennent diverses dénominations en fonction du modèle qui les inspire. Ainsi, on parle de croyances de contrôle en termes d'auto-efficacité perçue en référence à l'approche issue de la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977 ; 1997) ; de contrôle comportemental perçu en référence au modèle issu de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) ; de capacité perçue à faire face au risque en référence au modèle de la motivation à la protection (Rogers, 1983) ou d'efficacité personnelle en référence au modèle séquentiel du comportement d'autoprotection (Dejoy, 1996). Outre ces modèles, on retrouve également les croyances de contrôle dans les études sur les biais dans la perception du risque. Ce sont les illusions positives telles que l'illusion de confiance, l'optimisme comparatif, l'optimisme irréaliste, l'illusion de contrôle et l'illusion d'invulnérabilité. Ces illusions positives entretiennent entre elles des liens étroits d'une part, et des liens avec l'estimation de son pouvoir de contrôle d'autre part. Klein et Helweg-Larsen (2002) rapportent dans une méta-analyse de 27 études réalisées entre 1980 et 1997 ($n = 5142$) que l'optimisme irréaliste par exemple est très lié au sentiment de contrôle ($r = .31$). Si tel est le cas pour les croyances de contrôle, qu'en sera-t-il des croyances au contrôle divin ?

2.2.2.3. Les croyances au contrôle divin

Les croyances au contrôle divin encore appelées croyances religieuses dans la littérature, se réfèrent à l'adhésion aux doctrines religieuses conventionnées (Ngueutsa, 2012). Elles désignent toutes les formes de pensée qui renvoient à une ou des divinités régissant la vie des individus (Mayaki, 2008). Cependant, les croyances religieuses telles qu'elles sont présentées dans la littérature tiennent peu compte des doctrines non conventionnées en relation avec d'autres formes de divinités (Howsepian & Merluzzi, 2009). Nous abordons les croyances au contrôle divin, en référence à une doctrine religieuse, mais pas en référence à toute divinité. Il s'agit de la forme de divinité dans les religions chrétiennes pouvant faire l'objet de pratiques rituelles. Cependant, les pratiques rituelles peuvent également émaner des croyances culturelles.

2.2.2.4. Les croyances culturelles

Dans la littérature, la culture est très souvent abordée en termes d'appartenance à un groupe ethnique, racial ou à un pays. Pepitone et Saffiotti (1997) observent que les études sur les attributions causales par exemple, ne font aucune différence entre une croyance en Dieu et une croyance au sort. Elles se contentent de les mettre dans le même lot des causes externes. Ce manque d'intérêt pour la différenciation des croyances, surtout dans le cadre culturel peut expliquer l'absence d'une définition des croyances culturelles. On peut considérer les croyances culturelles comme étant des convictions partagées par les membres d'un groupe ayant vécu les mêmes expériences de la vie (Ngueutsa, 2012). Ce sont ces convictions qui guident certainement la construction et la consolidation des valeurs culturelles. Schwartz (1999) définit les valeurs culturelles comme étant des idées abstraites explicitement ou implicitement partagées sur ce qui est bien, juste et désirable dans une société. Pour cet auteur, les valeurs culturelles sont les bases des normes spécifiques qui indiquent aux membres du groupe ce qu'il est recommandé de faire dans diverses situations. Ces idées structurent les pratiques qui contribuent à l'identité et à la survie du groupe. Par exemple, la croyance selon laquelle « manquer de respect aux personnes âgées est une source de malédiction » fédère les membres du groupe autour des valeurs de la hiérarchie et des rôles sociaux. Les croyances culturelles s'expriment alors à travers le degré d'adhésion aux valeurs culturelles qu'on retrouve dans diverses pratiques culturelles en vigueur dans un groupe (Ngueutsa, 2012).

Des différentes formes de croyances ainsi présentées, nous choisissons pour notre étude les croyances au contrôle divin encore appelées croyances religieuses et dans ces

dernières nous étudierons les croyances chrétiennes. Parce que non seulement elles sont de la typologie de Mayaki (2008) qui est plus récente comparativement à celles de Déconchy (1989) et de Terrier (2006), mais aussi parce qu'en contexte africain, surtout au Cameroun, elles n'ont pas encore fait l'objet de plusieurs travaux dans le domaine de la prise de risque routière et particulièrement chez les conducteurs de motos taxis.

2.3. Croyances et prise de risque

Dans cette dernière section du chapitre deuxième, il sera question de présenter les travaux qui mettent en lien les croyances et la prise de risque routière.

2.3.1. Les croyances fatalistes et prise de risque

Les travaux sur les croyances fatalistes se basent sur le fait que la vision fataliste des accidents biaise la perception du risque et les explications causales et conduit à une prise de risque. (Kouabenan, 1999) montre comment la prévention des accidents en Europe a été influencée par le fatalisme. Cette croyance stipule que l'accident ou l'incertitude n'étaient pas maîtrisables ou ne pouvaient l'être qu'à travers des pratiques mystiques. Par ailleurs, l'attribution des événements malheureux aux causes invisibles se rencontre encore sous des formes variées aussi bien dans les sociétés traditionnelles africaines que dans les cultures modernes occidentales (Moris & Peng, 1994 ; Hewstone, 1994).

Certes le degré de fatalisme peut varier en fonction des individus et des cultures, mais on déplore le fait que cette croyance continue d'orienter malheureusement le comportement d'un certain nombre d'utilisateurs de la route (Kouabenan, 2007). Un exemple de l'effet des croyances fatalistes sur la perception du risque, sur l'explication des accidents et sur les comportements face aux risques est trouvé dans une étude de Kouabenan (1998). L'auteur a invité 553 utilisateurs de la route Ivoiriens à compléter un questionnaire comportant une échelle de fatalisme et une échelle de prise de risque. Le questionnaire contenait également des questions sur la perception des accidents et de leurs causes. Les analyses montrent que : « Les participants fatalistes attribuent plus facilement les accidents aux facteurs hors du contrôle des conducteurs (infrastructures, autrui, sort) et qu'ils considèrent comme étant moins importants les facteurs impliquant leurs responsabilités ou leurs initiatives (changement subit de direction, imprudence, non-respect des panneaux d'arrêt, mépris des piétons, impatience, etc.) (Kouabenan, 1998). Ce résultat montre que les croyances fatalistes favorisent une explication des accidents par des causes externes (infrastructures, autrui, sort).

En outre, Kouabenan (1998) observe que plus les participants expliquent les accidents

par le sort, plus ils prennent des risques. Les risques qu'ils prennent le plus concernent la vitesse et les autres comportements de conduite (garder une distance de 1m avec la voiture qui vous précède, s'arrêter le moins possible lors d'un voyage en vue de perdre moins de temps, violer les feux, usage abusif des signaux lumineux et du klaxon, etc.). Ainsi, l'étude de Kouabenan montre qu'il existe une corrélation positive et significative entre les croyances fatalistes, les explications causales externes et la prise de risque. En plus, cette étude montre que les participants fatalistes ont une connaissance limitée des risques et des accidents : ce qui les pousse à les surestimer, mais aussi parfois à les sous-estimer (Kouabenan, 1998). Kouabenan montre ainsi, que les croyances fatalistes peuvent biaiser la perception du risque soit dans le sens d'une surestimation ou dans le sens d'une sous-estimation. Dans un cas comme dans l'autre, ces biais conduisent à des comportements insécuritaires.

Peltzer et Renner (2003) réalisent une étude similaire à celle de Kouabenan (1998) sur un échantillon de 130 conducteurs de taxis Sud-Africains. Ces auteurs utilisent les outils de Kouabenan (1998) en l'occurrence, l'échelle du fatalisme, une échelle de prise de risque et une liste de 30 causes perçues d'accidents de la route. Les résultats montrent que pour les participants ayant de fortes croyances fatalistes, la malchance est la cause principale des accidents. Les autres causes (mauvais temps, changement subit de direction, manque de contrôle, mauvais état des feux de signalisation routière, consommation d'alcool et de drogues) étant moins importantes pour eux. Ce résultat conforte l'hypothèse des attributions causales externes et défensives dues aux croyances fatalistes.

Par ailleurs, les deux études font un parallèle entre les croyances fatalistes et l'expérience d'accidents. Kouabenan (1998) trouve que les participants qui ont été victimes de deux accidents ou plus, tendent à être plus prudents que ceux qui n'en ont jamais vécu. Donc l'expérience d'accident est susceptible d'accroître la vigilance sur les routes. Cependant, le résultat l'amène à conclure que l'effet de l'expérience d'accidents sur la prise de risque reste à confirmer. En vue de vérifier cet effet, Peltzer et Renner (2003) distinguent les victimes des témoins d'accidents. Ils trouvent une corrélation négative et significative entre le nombre d'accidents dont on a été témoin et la prise de risque alors que le fait d'avoir été victime d'accident n'a aucun lien significatif avec la prise de risque.

D'autres auteurs, Gonçalves et al. (2008) soulignent que le nombre d'accidents vécus est positivement lié aux explications causales externes chez les salariés d'une entreprise industrielle. Ces auteurs notent surtout que les explications causales externes médient

l'effet négatif de l'expérience d'accidents sur les comportements de sécurité. Ainsi, Kouabenan (1998) établit clairement que les croyances fatalistes induisent des explications causales externes et défensives, ainsi que des comportements insécuritaires. De plus, l'expérience d'accidents est positivement liée aux croyances fatalistes et semble avoir un effet similaire à celui des croyances fatalistes sur les explications causales et sur les comportements face aux risques.

2.3.2. Les croyances de contrôle et prise de risque

S'agissant des études sur la motivation à la protection, Mbaye (2009) relève que les biais perceptifs ou croyances optimistes sont tout autant susceptibles de provoquer le désengagement des individus vis-à-vis des programmes de prévention qu'ils sont capables de les inciter à se protéger. Elle s'appuie sur l'étude de Scheier et al. (1989) qui montre les effets bénéfiques des biais perceptifs tels que l'optimisme comparatif sur la capacité de récupération des patients ayant subi une opération chirurgicale. Par contre, lorsque ces attentes conduisent les gens à sous-estimer le risque, elles entraînent des comportements inadaptés car généralement, les gens ne trouvent aucun intérêt à se protéger contre des événements qu'ils jugent improbables (Mbaye, 2009).

Taylor et al. (2012) pensent que l'optimisme est un facteur d'adaptation. D'ailleurs, Morisset et al. (2010) ont effectué des recherches sur les effets négatifs des croyances de contrôle sur les comportements de sécurité routière. Ils se proposent d'étudier l'influence de l'auto-efficacité perçue sur le jugement subjectif comparatif du risque, évalué au moyen d'une mesure indirecte et de tester le rôle médiateur de ce facteur entre l'auto-efficacité perçue et les comportements autodéclarés. Ils invitent 90 participants (tous des hommes) à répondre à un questionnaire comportant deux scénarii d'accidents dans deux situations de conduite à risque : l'alcool et la vitesse. Pour chaque scénario, les participants sont invités à estimer d'abord le risque pour autrui, puis pour soi. Ensuite, ils sont invités à estimer leurs capacités à conduire dans de telles conditions (auto-efficacité perçue). Enfin, ils sont invités à dire ce qu'ils feraient à la place de l'acteur dans le scénario (comportements rapportées). Les auteurs observent de l'optimisme comparatif uniquement sur le scénario qui porte sur le comportement de « vitesse », mais ils ne notent pas de lien significatif entre l'auto-efficacité perçue et l'optimisme comparatif. Toutefois, ils notent pour les deux scénarii, qu'une forte auto-efficacité prédit une faible estimation du risque pour soi et pour autrui. En outre, la corrélation entre l'auto-efficacité perçue et le comportement est positive dans les deux scénarii. Par contre, le jugement du risque pour soi est négativement corrélé avec l'optimisme

comparatif et avec le comportement de sécurité.

Ainsi, cette étude montre qu'une surestimation de ses capacités à faire face aux situations dangereuses peut conduire à une sous-estimation du risque pour soi et à des comportements insécuritaires. Les résultats de cette étude s'accordent avec les travaux qui montrent que les illusions positives ont des effets négatifs sur les comportements de prévention dans le domaine de la circulation routière (Delhomme & Cauzard, 2000). On peut le constater, si les croyances optimistes peuvent avoir des effets bénéfiques dans le domaine de la santé notamment, un optimisme exagéré peut affecter négativement l'évaluation subjective du risque et conduire à des comportements inappropriés dans le domaine de la circulation routière. Ainsi, c'est dans ce domaine que les effets négatifs des croyances optimistes se manifestent le plus.

De plus, Ngueutsa (2012) souligne que les conducteurs qui imputent les accidents aux facteurs humains sont également ceux qui se considèrent comme étant plus compétents que les autres. Mais, il faut noter que les illusions sont peu accentuées lorsque l'on est soi-même victime d'un accident ou que l'on se sent proche de la victime. Les personnes exagérément optimistes semblent croire que le malheur n'arrive qu'à ceux qui ont peu de contrôle sur les situations et imputent à ces derniers les causes de leurs mésaventures. Ainsi, une croyance exagérée en son pouvoir de contrôle semble favoriser une sous-estimation du risque.

2.3.3. Les croyances culturelles et prise de risque

Outre le contrôle divin, la culture fournit un ensemble de dispositifs auquel les membres du groupe adhèrent et qui sont susceptibles d'affecter leur vision des risques et des accidents. De manière générale, la culture peut être définie comme un système de croyances, de valeurs, de représentations et d'expériences partagées par les membres d'un groupe social donné (Kouabenan, 2001).

Helweg-Larsen et Nielsen (2009) montrent par exemple que les fumeurs Danois minimisent le risque du cancer des poumons plus que ne le font les fumeurs Américains. Gierlach et al. (2010) notent que les Japonais redoutent les catastrophes naturelles et les actes terroristes tandis que les Américains et les Argentins redoutent peu les actes terroristes. Ce dernier résultat peut s'expliquer par le fait que les Argentins n'ont pas beaucoup d'expériences des actes terroristes d'une part, et par le fait qu'il y ait une hypermédiatisation des dispositifs de lutte contre le terrorisme qui peut finir par rassurer les Américains et abaisser leur vulnérabilité perçue face au terrorisme.

Concevoir la culture sur la seule base de l'appartenance à un groupe culturel semble réducteur à partir du moment où les individus d'un même groupe n'ont pas toujours le même degré d'adhésion aux croyances culturelles et aux pratiques qui les sous-tendent. Les travaux de Hofstede (1980 ; 2002) ; Hofstede et al. (2010) semblent se démarquer de ce réductionnisme et abordent la culture sous l'angle des dimensions que l'on retrouverait dans toutes les cultures. Ces auteurs estiment que l'on retrouve dans chaque culture les sept dimensions suivantes : la distance de pouvoir 1, l'individualisme/collectivisme 2, la masculinité/féminité 3, l'évitement de l'incertitude 4, l'orientation dans le long terme 5, l'indulgence/restriction 6 et le monumentalisme 7.

Hofstede et ses collaborateurs (2010) proposent d'effectuer des comparaisons culturelles sur la base de ces dimensions. Les dimensions de la culture nationale permettent de faire des comparaisons entre des pays ou des grands groupes et non entre les individus. De sorte que si un pays se révèle beaucoup plus porté sur l'extrémité collectiviste de la dimension individualisme/collectivisme par exemple, on conclura que les personnes originaires de ce pays ont une tendance collectiviste. Or, il doit certainement exister des différences individuelles au niveau de chaque dimension de la culture nationale, même si on note une tendance pour les peuples d'un même groupe à préférer une extrémité d'une dimension dans leur expression culturelle.

Malgré toute la richesse de l'approche de Hofstede qui permet de comprendre les grandes tendances culturelles d'un peuple, elle n'apporte pas de solution à la différenciation des individus dans un même groupe culturel. Yoo et al. (2011) ont développé et validé une échelle de mesure au niveau individuel de cinq des sept dimensions de la culture nationale de Hofstede (1980, 2002). Les applications de cette nouvelle échelle restent attendues.

Quevillon et al. (2006) sont les premiers à développer une échelle de mesure des valeurs culturelles au niveau individuel, pour des besoins de prise en charge. Leur échelle permet de connaître l'adhésion individuelle aux pratiques culturelles reposant tant sur des valeurs de sécurité, d'identité que sur les valeurs culturelles de manifestation de joie. La récente validation de cet outil (Reynolds, 2006) n'a pas encore donné lieu à des études qui permettent de comprendre comment les croyances culturelles, sous-tendues par l'adhésion à des valeurs culturelles peuvent permettre de comprendre l'attitude des individus vis-à-vis des risques et des accidents.

Les croyances culturelles se présentent comme étant un déterminant critique de

l'attitude vis-à-vis des risques et des accidents à partir du moment où l'individu est le produit de son groupe social d'appartenance surtout dans les sociétés collectivistes. En ce sens que, l'individu est intégré dès la naissance dans un groupe qui l'encadre sans en attendre quoi que ce soit en retour ; un groupe qui lui indique ce qui est bon de faire dans diverses situations.

Au Cameroun, il existe une pluralité de cultures. Ces dernières représentent la diversité de croyances traditionnelles. Parmi ces croyances, nous avons les us et coutumes, les croyances et les pratiques religieuses ou animistes qui se renouvellent de génération en génération et qui peuvent résulter en des pratiques mystiques ou religieuses parfois contraires à la sécurité (Kouabenan, 2007). Dans une étude, (Kouabenan, 1998) montre que les croyances fatalistes ainsi que les pratiques mystiques qui les accompagnent parfois, influencent la perception des risques et incitent à prendre des risques et à négliger les mesures de sécurité. Les pratiques magico-mystiques (médailles protectrices, gris-gris, prière, sacrifice, etc.) en donnant l'illusion d'être protégé, incitent à la passivité et à une négligence des protections. Ngeutsa (2012) avance que:

Dans la tradition culturelle des grassfields, la recrudescence des malheurs dans la société est très souvent interprétée comme étant une manifestation de la colère des ancêtres. Une telle conception de la causalité des malheurs favorise des rituels et des sacrifices comme le moyen susceptible de restaurer l'ordre. Ainsi, les personnes issues de cette tradition culturelle et qui adhèrent à ces croyances, peuvent avoir tendance à se fier à de telles pratiques pour se protéger des accidents routiers, en négligeant certaines règles élémentaires de sécurité.

La culture est un facteur important dans la perception des risques et l'explication des accidents. Comme on le voit, les croyances culturelles sont au centre de l'évaluation des risques et de leur explication. Le risque résulte très souvent d'une construction sociale et dépend alors des expériences et de l'histoire des peuples, de leurs besoins, de leur niveau de développement, de l'évolution des mentalités et des connaissances, de l'évolution des technologies, etc. D'une société à l'autre, d'un peuple à l'autre, d'une génération à l'autre, on peut avoir des conceptions tout à fait différentes du risque et de sa gestion (Ngeutsa, 2012). On constate notamment que tous les risques ne sont pas perçus ou redoutés de la même manière à l'intérieur d'une même communauté, ni d'une communauté à l'autre. Certains risques constituent parfois l'objet même de l'activité de certaines personnes (pompiers, secouristes, sports de l'extrême, etc.) ; certaines sociétés ou organisations encouragent la prise

de risque (« qui ne risque rien n'a rien ») quand d'autres la découragent, etc. Weber et al. (1998) observent par exemple que les proverbes chinois et allemands apparaissent comme plus incitatifs à la prise de risque que les proverbes américains.

Dans les pays en développement d'Afrique, la misère mais aussi certaines traditions et coutumes conduisent à braver et à supporter les souffrances conçues comme inéluctables pour la survie. C'est implicitement le sens des cérémonies d'initiation en vigueur dans certains groupes ethniques et qui visent à aguerrir les adolescents et à les préparer à affronter avec détermination les épreuves de la vie. Du fait des différences entre les normes et expériences de ces peuples par rapport au risque, on peut logiquement s'attendre à une perception différente du risque et de sa gestion entre eux (Ngueutsa, 2012). D'ailleurs, par le biais des interactions et du partage des expériences, les individus membres d'un même groupe ou d'une même communauté finissent par élaborer une culture commune du risque. Pour Pidgeon (1991), la culture représente pour les gens qui la partagent, une manière naturelle, évidente et indiscutable d'agir et en tant que telle, elle sert à élaborer une version particulière du risque, du danger et de la sécurité. La culture définit le risque acceptable et les risques intolérables pour un groupe à un moment donné. Une telle vision du risque contient en substance des schèmes explicatifs susceptibles de rendre compte des accidents et d'expliquer comment et pourquoi ils se produisent.

2.3.4. Les croyances religieuses et prise de risque

Le contrôle perçu de Dieu sur les événements de la vie est étudié en termes de croyances religieuses dans la littérature sur les croyances, référence faite aux doctrines religieuses conventionnées. La littérature sur l'effet des croyances religieuses est abondante. Des travaux montrent les effets bénéfiques des croyances religieuses dans le domaine de la santé. Ils montrent que les croyances religieuses des patients peuvent permettre d'améliorer leur adaptation à la thérapie, surtout dans le cas des maladies graves. Par exemple, l'étude de Howsepian et Merluzzi (2009) montre l'effet positif de l'adhésion aux croyances religieuses sur l'adaptation au cancer. Dans leur étude, ils collectent les données auprès de 164 patients atteints de cancer en cours de traitement et trouvent une forte corrélation entre les croyances religieuses et le soutien social, deux variables qui favorisent l'adaptation des patients à leur thérapie. Ils montrent que l'auto-efficacité perçue médiate l'effet positif du soutien social sur l'adaptation au cancer.

Seirmarco et al. (2012) réalisent une étude auprès de 607 personnes, plus de deux ans

après les attentats du 11 septembre 2001 aux Etats Unis d'Amérique. Ils trouvent qu'après les attentats, on note peu de variations dans les croyances religieuses des participants. Cependant, les participants qui croient moins en Dieu après les attentats sont ceux qui présentent le plus de troubles psychopathologiques (stress post-traumatique, dépression profonde). Ces participants se recrutent parmi ceux qui ont perdu des proches dans les attentats. Ces deux exemples illustrent les études qui montrent les effets positifs des croyances religieuses ou des croyances au contrôle de Dieu sur la santé (Carpenter et al., 2012 ; Rosmarin et al., 2009).

Ainsi, les croyances religieuses permettraient alors aux individus de gérer le stress dû à des affections diverses qu'ils peuvent vivre au quotidien. Les résultats paraissent plutôt épars lorsqu'on aborde les études qui traitent de l'effet des croyances religieuses sur l'engagement dans des comportements à risque. Une étude de Poulson et al. (2008) montre que l'adhésion aux croyances religieuses ne réduit pas la consommation d'alcool et l'engagement dans des comportements sexuels risqués chez les adolescents mais, les auteurs observent une corrélation négative et significative entre les croyances religieuses et la consommation de drogue. En d'autres termes, plus les adolescents ont de fortes croyances religieuses, moins ils s'engagent dans la consommation de drogue. D'autres études montrent que les croyances religieuses peuvent avoir un effet sur les comportements de santé lorsqu'elles interagissent avec les croyances aux valeurs morales (Desmond et al., 2009).

La disparité des résultats dans ces études peut probablement s'expliquer par le fait que ces études abordent les croyances religieuses dans leur globalité sans mettre en exergue le pouvoir de contrôle de Dieu sur les événements de la vie chez les croyants. C'est en effet l'idée qui se dégage d'une étude de Goggin et al. (2007). Ces auteurs estiment qu'au-delà des croyances religieuses (notamment à une doctrine religieuse), la croyance au contrôle que Dieu exerce sur les comportements et sur les événements de la vie est un facteur de l'engagement dans des comportements de protection. Ils développent et valident une échelle de mesure du contrôle perçu de Dieu sur les comportements sexuels à risque des adolescents. Ils observent de fortes corrélations négatives entre les scores de cette échelle et ceux des intentions à s'engager dans des comportements sexuels risqués. Notamment, les participants qui croient que Dieu exerce un contrôle sur leurs comportements sexuels à risques ont moins l'intention de s'engager dans de tels comportements. Cette nouvelle ligne de recherche semble montrer que la perception de Dieu comme étant une entité qui régule les comportements individuels semble favoriser l'intention de s'engager dans des comportements de protection chez les adolescents. Ainsi, il se dégage de la littérature que la controverse autour des effets des

croyanances religieuses ou mieux, les croyances au contrôle divin, restent d'actualité. Pourtant on ne trouve pas encore assez de travaux ayant abordé ce facteur dans le domaine de la prévention des risques routiers.

Ngueutsa et kouabenan (2014) en vue de comprendre les comportements des usagers de la route au Cameroun, examinent les croyances de contrôle socio-instrumentales en s'intéressant à deux instances de contrôles: le groupe culturel et Dieu. Ils font l'hypothèse d'une tendance à adopter des comportements moins sécuritaires, lorsque les usagers de la route croient en certaines pratiques culturelles ou en Dieu comme « protecteurs ». Cinq cent vingt-cinq usagers de la route ont complété un questionnaire en face - à - face, mesurant la capacité perçue à affronter les situations dangereuses sans être inquiétés, la croyance dans le contrôle de Dieu dans les situations à risque, les croyances dans le contrôle des pratiques culturelles supposées protéger la vie et les comportements de sécurité. Les résultats confirment les hypothèses en l'occurrence; les participants se sentent capables d'affronter les situations dangereuses sans être inquiétés lorsqu'ils adhèrent aux pratiques culturelles supposées protéger la vie et la protection divine sur les situations de trafic dangereuses; ce qui explique leurs comportements moins sécuritaires. Ces résultats suggèrent de prendre en compte les croyances de la population cible lors de la conception et la communication des messages de prévention pour impulser une forte adhésion aux messages de prévention et des comportements plus sécuritaires sur la route.

Ngah essomba (2017) se propose d'étudier l'influence des croyances religieuses sur les événements de la vie. Parler du pouvoir des croyances religieuses sur les événements de la vie revient à parler du contrôle sur les événements que les individus attribuent à Dieu, les dieux ou d'autres forces supérieures. Il est certain que la croyance à un Etre Suprême s'entoure de croyances multiples en des puissances invisibles inférieures et que le recours à celles-ci est plus fréquent que les prières à celui-là (Masson, 1990, p. 237). La croyance en Dieu n'exclut pas qu'il faut faire appel aux autres forces qui lui sont inférieures mais tout aussi efficaces. Dans les régions de l'Ouest du Cameroun, les familles font souvent appel à leurs ancêtres à travers les cultes aux ancêtres (Dumas-Champion, 1989 ; Fouellefak, 2005). En parlant des pratiques religieuses, en dehors des pratiques pour ce qui est des religions traditionnelles (culte des ancêtres, croyance en la réincarnation, etc.). Les Bantu rendent un culte à Dieu quand ils célèbrent une naissance, une mort, un mariage, lors d'une épidémie ou d'une catastrophe, c'est-à-dire aux étapes cruciales, quand apparaît le plus clairement notre dépendance envers celui qui est le Suprême Vivant, la Source. C'est bien à lui qu'il faut

s'adresser à ce sujet, il peut s'agir des rituels qui sont pratiqués dans des religions issues de l'ancien testament, nous avons des cultes, des messes, des prières, des réunions, etc. Toutes les religions n'ont pas la même manière d'adorer l'Être suprême. Trois principales croyances sur les causes d'accident ont été identifiées de manière globale dans les discours produits par les participant(e)s (n =292): les accidents naturels, les accidents mystiques et les accidents causés par Dieu le créateur. Au regard des résultats obtenus, Ngah essomba (2017) observe que les Français parlent d'accidents naturels, c'est-à-dire des accidents qui ont une cause naturelle (humaine, mécanique et infrastructurelle) alors que les Camerounais recourent davantage aux croyances pour expliquer les accidents auxquels ils attribuent des causes mystiques, divines, surnaturelles, etc.

Nkelzok et Djebi (2018) se sont proposés d'étudier l'influence des croyances irrationnelles sur les conduites à risque chez les conducteurs de motos taxis de Yaoundé. De façon spécifique, il s'est agi d'analyser le lien entre les croyances magico-religieuses, alogiques ou illusoire et les conduites à risque dans le transport urbain par motos taxis. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire auprès de 250 motos taxis (Bend-skiners) sélectionnés suivants les techniques d'échantillonnage accidentel et boule de neige. Ce questionnaire structuré en échelle de type Likert leur a permis d'évaluer le niveau de perception des croyances irrationnelles et leur influence sur les conduites à risque. Les résultats montrent que les croyances irrationnelles ont une influence sur les conduites à risque des Bend-skiners.

Ce chapitre deuxième avait pour objectif de faire une recension des écrits sur les principaux travaux effectués sur la prise de risque en général et sur la prise de risque routière en particulier, ses déterminants, les facteurs explicatifs et les facteurs socio démographiques en relation avec la prise de risque. Il a été également question de présenter la perception du risque déclinée en risque objectif et risque subjectif et les travaux mettant en lien la psychologie sociale et la prise de risque routière. La prise de risque chez les conducteurs de motos taxis a aussi été présentée. Ensuite, la notion de croyance a fait l'objet de définition et ses différentes formes ont été présentées. Enfin, il a été question de présenter les travaux qui mettent en lien les croyances et la prise de risque. Dans la suite de notre réflexion, un effort sera fait pour expliquer la prise de risque routière à partir des théories de références.

CHAPITRE TROISIÈME : THÉORIES EXPLICATIVES DU SUJET

Les comportements à risque (consommation du tabac, psychotropes, colère au volant, consommation d'alcool au volant, téléphone au volant, etc.) ont fait l'objet de plusieurs études en psychologie (Bonardi et al., 2002 ; Steele et al., 1990). Les cadres explicatifs de ces comportements ont été développés à l'origine dans le domaine de la santé, dans le but d'aider les personnes à adopter des comportements de prévention ou de réduction des dommages physiques ou psychologiques (Charron, 2005). Depuis, ils ont été utilisés dans d'autres domaines que celui de la santé comme la sécurité routière par exemple (Beaulieu, 2002). Les modèles du risque routier les plus connus (Fuller, 1984 ; Näätänen & Summala, 1976 ; Van der Molen, 1986 ; Wilde, 1982) postulent que les individus adaptent leurs comportements en fonction du risque perçu ou anticipé qu'ils comparent selon les modèles, au niveau de risque qu'ils jugent acceptables ou à l'absence de risque. Plusieurs chercheurs ont fourni des modèles de cognition sociale tels que la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) et le modèle de croyance en la santé (Rosenstock, 1974). Ces modèles nous serviront dans ce chapitre à expliquer la prise de risque routière chez les conducteurs de motos taxis. Nous commencerons par la Théorie du Comportement Planifié (TCP) pour finir par la Théorie du Modèle des Croyances relatives à la Santé (HBM).

3.1. La Théorie de l'Action Raisonnée (TAR)

Prédire les comportements futurs des individus est un défi pour la science et particulièrement pour la psychologie. De nombreuses études ont été faites dans ce domaine (Ajzen, 1991 ; Ajzen & Fishbein, 1990 ; Fishbein & Ajzen, 1975) et ont placé les attitudes au centre du comportement. Pour ces études, en plus de l'attitude, d'autres concepts tels que l'intention, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu influencent la prédiction des comportements futurs des individus. Pour comprendre les comportements futurs des conducteurs de motos taxis, nous partirons des deux théories qui peuvent expliquer ces différents comportements. Il s'agit de la théorie de l'action raisonnée (TAR) et la théorie du comportement planifié (TCP).

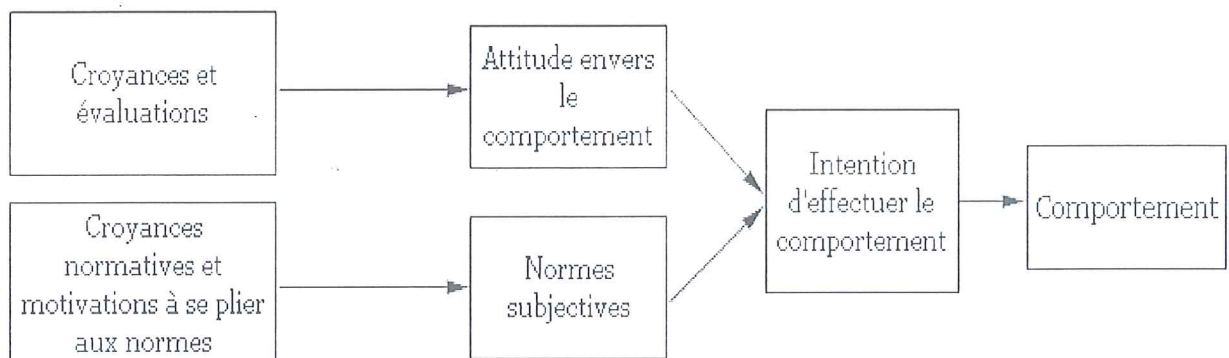
C'est vers la fin des années 70 que Fishbein et Ajzen démontrent l'importance de définir comment les individus prennent des décisions à propos de l'adoption ou non de certains comportements. Ils mettent donc sur pied une théorie : la théorie de l'action raisonnée (TAR), qui vise à prédire des comportements spécifiques dans une situation précise (Côté & Godin, 2006 ; Godin, 1991) par l'étude de trois construits : l'intention, l'attitude et la norme

subjective. Dans la théorie de l'action raisonnée, deux facteurs influent sur l'intention comportementale : « l'attitude et la norme subjective. Ce modèle développé pour la première fois par Fishbein et Ajzen en 1975, définit les liens entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et le comportement des individus. » Il se base sur le postulat selon lequel les stimuli externes influencent les attitudes et cela en modifiant la structure des croyances de l'individu. Selon ce modèle, le comportement d'une personne serait déterminé par l'intention comportementale à l'adopter. Cette intention qui serait à son tour déterminée par l'attitude de la personne et par ses normes subjectives relatives au comportement en question. Les théoriciens de ce modèle définissent les normes subjectives comme étant « la perception de l'individu sur le fait que la plupart des personnes qui sont importantes à ses yeux, sont d'avis qu'il devrait ou ne devrait pas effectuer le comportement en question » (Ajzen & Fishbein, 1980).

Selon la théorie de l'action raisonnée, l'attitude d'une personne envers un comportement serait déterminée par ses croyances envers les conséquences de ce comportement multipliées par son évaluation de ces conséquences. Par ailleurs, l'intention d'effectuer un comportement est également déterminée par les normes subjectives qui sont-elles mêmes déterminées par les croyances normatives d'un individu et par sa motivation à se plier aux normes. Cette théorie postule aussi que tous les facteurs qui influencent le comportement le font uniquement de manière indirecte et cela, en influençant l'attitude ou les normes subjectives. On se retrouve avec l'équation suivante : **intention comportementale = attitude + normes subjectives.**

Figure 2

Théorie de l'action raisonnée



Note. De User Acceptance of Computer Technology. A comparison of Two Theoretical

Models. Par Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R., 1989, *Management Science*, 35, 982-1003.

3.1.1. L'intention comportementale

Bloch et al. (1997, p.652) définissent l'intention comme « les représentations d'un but; le contenu d'une pensée, d'une croyance, d'un désir, etc. ». Pour Têtu (2009), l'intention est en quelque sorte l'expression de la motivation de la personne à adopter ou non un comportement. Elle est déterminée par les attitudes et les normes subjectives. Ces deux variables influencent l'intention, le comportement visé et la personne. Par exemple dans le cas de notre étude, plus l'intention du respect du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant correspondent à un état d'esprit qui dirige l'attention individuelle, l'expérience et les activent vers un but, plus ces comportements seront adoptés par les conducteurs de mototaxis (Bird, 1988). Elle renvoie aussi en quelque sorte à l'expression de la motivation de la personne à adopter ou non un comportement (Têtu, 2009). L'intention représente également le désir, le souhait, la détermination ou la volonté d'émettre un comportement (Noumbissié, 2010). Pour Ajzen (1991), on peut prédire le comportement en utilisant seulement l'intention comportementale et en la traitant comme le précurseur de l'action. De ce point de vue, elle représente le meilleur prédicteur du comportement. Par conséquent, plus l'intention est forte, plus la probabilité d'induire le comportement est grande (Noumbissié, 2010). De nombreuses recherches (Ajzen, 1988 ; Ajzen & Fishbein, 1980 ; Sheeran, 2002) ont été menées pour étudier le lien entre l'intention et le comportement. Ces travaux ont montré que l'intention était positivement corrélée avec le comportement. Dans le cas du choix d'un candidat aux élections, Ajzen et Fishbein (1980) ont montré que l'intention de voter un candidat était positivement corrélée ($r=0,75$) avec le choix effectué le jour du vote. Sheeran (2002) a également mentionné que la corrélation entre le comportement et l'intention était de 0,53.

Cependant, plusieurs travaux ont mis en évidence le fait que l'intention permet de réaliser un comportement n'aboutisse pas toujours à sa réalisation car, l'intention peut être influencée par les variations de l'objet, de la personne cible, des différences individuelles, des normes sociales et des pressions sociales. En effet, les travaux de Kempf (1999) ont montré par exemple que la race et le genre influençaient l'intention des individus. De même, les travaux de Laapotti et Keskinen (2004) ont mentionné le fait que la pression sociale et les normes sociales influençaient significativement l'intention. En somme, même si l'intention semble être influencée par plusieurs éléments extérieurs, elle demeure pour les auteurs de la

TCP le meilleur prédicteur du comportement humain et son utilisation dans la prédiction et l'explication des comportements a abouti à des résultats empiriquement valides. Ces résultats ont montré que l'intention était déterminée par les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu.

3.1.2. Les attitudes

Le vocable attitude apparaît dans un sens différent du sens commun (posture, la manière de se tenir) au début du XX^e siècle dans les travaux de psychologie expérimentale en Europe, c'est-à-dire comme un facteur existant entre la stimulation et la réponse du sujet. Le concept d'attitude renvoie donc brutalement à l'influence des dispositions mentales des sujets sur leurs comportements. Parallèlement aux Etats-Unis, cette notion est utilisée dans des recherches sociologiques et psychologiques, notamment pour expliquer les conduites sociales et leurs orientations. Elle signifie une disposition interne de l'individu sous-tendant sa perception et ses réactions vis-à-vis d'un objet ou d'une stimulation (Tapia & Roussay, 1991).

La notion d'attitude est apparue d'abord en psychologie générale pour « expliquer les variations de réponse d'un sujet à un même stimulus lorsque l'attention de sa perception est attirée sur tel ou tel aspect » (Mathieu & Thomas, 1995, p. 393). Pour Thurstone (1931), une attitude représente « l'affect pour ou contre un objet psychologique. (...) L'attitude est définie pour décrire une action potentielle à l'égard de cet objet en fonction de la seule question de savoir si l'action potentielle sera favorable ou défavorable à l'égard de cet objet » (p. 261). Allport (1935) note que « c'est le concept le plus indispensable de la psychologie sociale contemporaine » (p.109). Pour cet auteur, les attitudes ont un caractère pragmatique. Elles sont « nos guides pour trouver notre chemin dans un univers ambigu » (p. 806).

Pour Bloch et al. (1997, p.119), l'attitude désigne « la disposition interne durable qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu à un objet ou à une classe d'objets du monde social ». Selon Maisonneuve (1982, p.111) :

L'attitude consiste en une position (plus ou moins cristallisée) d'un agent (individuel ou collectif) envers un objet (personne, groupe, situation, valeur). Elle s'exprime plus ou moins ouvertement à travers divers symptômes ou indicateurs (parole, ton, geste, acte, choix ou en leur absence). Elle exerce une fonction à la fois cognitive, énergétique sous les conduites qu'elle sous-tend.

Il précise que les attitudes sont acquises et non innées, elles sont plus ou moins susceptibles de changement sous l'effet d'influences extérieures. Eagly et Chaiken (1993) définissent les attitudes comme des tendances à évaluer une entité avec un certain degré de faveur ou de défaveur habituellement exprimées dans des réponses cognitives, affectives et comportementales. Une tendance relativement stable à répondre à quelqu'un ou à quelque chose qui reflète une évaluation (positive ou négative) de cette personne ou chose. Les réponses comportementales font partie des manières par lesquelles l'individu peut exprimer son évaluation.

Une autre question sur l'attitude suscite un débat entre les chercheurs en psychologie sociale : celle de savoir si l'évaluation de l'objet attitudinal est stable dans le temps et si cette évaluation est stockée dans la mémoire à long terme (D'Onghia, 2009). Certains soutiennent le fait que l'attitude est un objet stocké en mémoire et perdure dans le temps (Petty et al., 1994). Ainsi, l'attitude est conçue comme un fichier mental que les individus consultent afin d'évaluer un objet. D'autres par contre, précisent que l'attitude est un construit temporaire que les individus construisent en même temps qu'ils évaluent l'objet (Wilson & Hodges, 1992). Selon cette conception, les individus génèrent un jugement évaluatif basé sur les informations qui leur viennent en esprit dans une situation donnée (D'Onghia, 2009). Ces deux conceptions ont fait l'objet des travaux. Certains d'entre eux ont montré que les attitudes (par exemple politiques) étaient relativement stables dans le temps (Marwell et al., 1987). D'autres, ont mis en évidence le fait que les gens rapportent différentes attitudes selon le contexte, différentes pensées ou lorsque la situation concerne des interlocuteurs différents (Tourangeau & Rasinski, 1998). Dans le secteur de la sécurité routière, on estime que les attitudes construites sur les mesures de sécurité sont rapportées par les transporteurs et qu'elles sont stables dans le temps.

La relation entre les attitudes et l'intention a fait l'objet des travaux (Ulleberg & Rundmo, 2003 ; West & Hall, 1997). Ces travaux de manière générale ont montré que les attitudes favorables vis-à-vis du risque amènent les individus à avoir l'intention d'adopter les comportements à risque. Ulleberg et Rundmo (2003) ont par exemple montré que les attitudes favorables vis-à-vis de la violation des mesures de sécurité routière amenaient les individus à avoir l'intention de violer les mesures de sécurité. West et Hall (1997) ont pour leur part montré que les attitudes favorables vis-à-vis de la violation des mesures de sécurité augmentent significativement l'intention de ne pas respecter ces mesures.

A travers ces différentes définitions du concept d'attitude, nous pouvons dire qu'une attitude est une prédisposition à réagir d'une façon systématiquement favorable ou défavorable face à certains aspects du monde qui nous entoure. Nous pouvons également dire que l'objet d'attitude peut être n'importe quelle réalité à la condition qu'elle soit perçue par l'individu comme une entité distincte: une personne, un groupe, un mouvement social ou religieux, etc. Cette attitude, il faut le dire est toujours porteuse de sens sinon d'intention. Elle permet d'avoir une vue d'ensemble sur le comportement des individus face à des objets précis. L'attitude a un rôle de variable intermédiaire entre l'environnement et les réponses d'une personne. C'est une variable interne non-observable (Bloch et al., 1997).

Du développement qui précède, il ressort que les attitudes sont une composante importante de la TAR parce qu'elles permettent de décrire, de comprendre et de prédire l'intention comportementale. Pour les auteurs de la TAR, elles sont un déterminant immédiat de l'intention comportementale. Toutefois, il ressort que les attitudes à elles seules ne peuvent pas suffisamment prédire l'intention (Ajzen, 1991). C'est pourquoi elles sont associées à d'autres composantes dans la prédiction des intentions : les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu.

3.1.3. Les normes subjectives

Les normes subjectives sont aussi une composante de la théorie de l'action raisonnée qui détermine l'intention. En effet, pour Hogg et Reid (2006) la norme se définit comme des régularités dans les attitudes et les comportements qui caractérisent un groupe spécifique et le différencie des autres groupes. C'est également une échelle de référence ou d'évaluation qui par ses prescriptions ou ses interdictions, définit une marge de comportements, attitudes et opinions plus ou moins admis (Shérif, 1935). En d'autres termes, la norme renvoie à l'ensemble des règles qui dictent le fonctionnement d'un groupe. Elle a pour rôle de préciser aux membres du groupe auquel elle s'applique ce qui est acceptable ou non (Coleman, 2003). Autrement dit, le but de la norme est de faire converger les comportements individuels vers une uniformité (Mvessomba, 2012).

La norme subjective constitue pour Ajzen et Fishbein (1980), la perception par un individu des opinions d'autres personnes importantes pour lui concernant un comportement. Dans la perspective de la théorie du comportement planifié, la norme subjective est déterminée par deux éléments à savoir les croyances normatives et la motivation à se conformer (Ajzen & Fishbein, 1980). Les croyances normatives se réfèrent ainsi aux

perceptions de l'individu sur les attentes des personnes significatives vis-à-vis de l'accomplissement d'un certain comportement. Elles se réfèrent aussi à la mesure avec laquelle la personne perçoit que les autres attendent qu'elle réalise ou pas un comportement donné (Ajzen & Fishbein, 1980). Celles-là restent sans effet si la motivation à se conformer n'y est pas associée. Ajzen (1991) définit la norme comme les pressions sociales perçues pour réaliser ou non un comportement. En d'autres termes, la norme sociale perçue correspond à la perception de l'individu de la pression sociale qui concerne ce que les personnes proches, la famille et les amis pensent de ce qu'il voudrait entreprendre (Fayolle et al., 2006). Les attitudes vis-à-vis du comportement ainsi que la norme sociale perçue renvoient au concept de désirabilité sociale proposé par Shaperon et Sokol (1982).

Pour Têtu (2009), la norme subjective est un construit qui se réfère à la perception qu'a un individu quant à l'approbation ou non des personnes importantes pour lui d'adopter un comportement donné. Lorsqu'il est direct, il regroupe des personnes en général par exemple un conducteur de mototaxi peut penser que les personnes importantes pour lui voudraient qu'il respecte la limitation de vitesse. Si ce construit est indirect, il est formé par des croyances normatives multipliées par la motivation d'un individu à se conformer (Godin, 1991). A ce titre, il englobe toutes les croyances qu'a un individu des attentes des personnes significatives pour lui. Par exemple un conducteur peut croire que son patron veut qu'il respecte la limitation de vitesse.

Selon Cestac et Meyer (2010), la norme subjective renvoie aux croyances attribuées à autrui, et spécialement ceux qui nous sont proches. Dans le modèle du comportement planifié, la norme subjective représente l'idée que se fait l'individu de ce que les gens, et spécialement ceux qui comptent pour lui pensent de ce comportement, par exemple « mes meilleurs amis apprécieraient que je ne respecte pas la limitation de vitesse. ». La norme subjective renvoie aux amis, aux parents, aux membres d'une même association, elle est une croyance (ce que je crois des autres) et ne reflète pas les jugements de valeur d'autrui. Elle constitue le versant moral du modèle du comportement planifié. Certains auteurs (Cialdini, 2003 ; Kallgren et al., 2000) l'ont appelée la norme subjective.

Pour Palat (2013), la norme subjective a deux dimensions : la norme injonctive et la norme descriptive. La norme injonctive est la perception des pressions sociales envers ou contre l'adoption du comportement. Elle est le produit d'un ensemble de croyances normatives qui concernent les attentes des individus importants quant à l'adoption ou non

d'un comportement (Palat, 2013). La norme descriptive quant à elle renvoie à ce que font les autres ; elle reflète ce qui est perçu comme étant courant ou normal, c'est-à-dire ce que font la plupart des gens (Moan & Rise, 2011). Cialdini et al.(1991) pensent également que les normes sociales sont généralement divisées en deux types : les normes descriptives et les normes injonctives. Les normes descriptives font référence à ce que la majorité des personnes disent, pensent ou font (Cialdini et al., 1990). Les normes injonctives correspondent à ce que la majorité des personnes approuvent ou désapprouvent (Cialdini et al., 1990). On peut ainsi dire que les normes subjectives ont une fonction spécifique : celle de conduire l'individu à manifester des comportements qui visent son acceptation ou son intégration dans le groupe (Mvessomba et al., 2017). Les comportements à adopter peuvent être soit en conformité soit en contradiction avec les mesures de sécurité établies.

De ce qui précède, on peut retenir que la norme subjective est en quelque sorte la perception que l'individu a des attentes des autres vis-à-vis de la réalisation d'un comportement. Elle est aussi un déterminant important de l'intention comportementale. Dans ce cas, l'aboutissement de l'intention comportementale en action dépendra de la prise en compte par l'individu du point de vue des membres du groupe qu'il considère. Cependant, la mise en place de l'intention et même du comportement est fondée sur une autre dimension de la théorie du comportement planifié : le contrôle comportemental perçu.

La TAR a cependant des limites, ce modèle postule que l'intention est générale, or elle doit être la plus spécifique possible : la prédiction sera d'autant plus forte que le contexte et le moment seront spécifiés. L'intention variera donc, selon le contexte ou la proximité de la décision. La deuxième limite de ce modèle est qu'il ne s'intéresse qu'à un contrôle volitif des personnes sur l'adoption ou non d'un comportement. Or, le contrôle réel serait plutôt rare dans la plupart des cas. C'est en pensant à de telles situations que Ajzen a ajouté à cette théorie une nouvelle variable et l'a renommée la TCP (Côté & Godin, 2006).

3.2. De la Théorie de l'action raisonnée (TAR) à la Théorie du Comportement Planifié (TCP).

La TCP fait son apparition en 1985 afin de pallier aux limites de la TAR. Selon ce modèle, les comportements ne sont pas toujours volitifs et leur réalisation nécessite la présence de conditions particulières. C'est une extension de la Théorie de l'Action Raisonnée (Ajzen, 1985; 1991). Ainsi, la nécessité de ce nouveau modèle provient des limitations liées aux comportements sur lesquels les individus n'avaient qu'un contrôle partiel. Ajzen (1991) a

de ce fait ajouté à son modèle une troisième variable qui selon lui, influencerait l'intention d'effectuer un comportement à savoir la perception du contrôle sur le comportement (Côté & Godin, 2006). Dans cette logique, le comportement est non seulement prédit par l'intention mais également par la perception du contrôle comportemental. L'effet de ce nouveau construit, à l'instar de l'attitude et de la norme subjective peut être direct ou indirect. Direct, il décrit la facilité ou la difficulté présentée lors de l'adoption d'un comportement. Indirect, il sera formé des croyances de contrôle multipliées par l'importance desdits facteurs.

La TCP suppose que le modèle satisfaisant du processus de détermination de comportement peut être obtenu à partir d'un nombre limité de facteurs. Dans ce modèle, l'intention est le prédicteur de comportement le plus immédiat suivi par les attitudes, les normes subjectives et le contrôle du comportement perçu. Ces dispositions indiquent la manière avec laquelle les individus s'attèlent à produire un comportement. Selon Eagly et Chaiken (1993), les attitudes renvoient à une tendance psychologique qui s'exprime en évaluant une entité particulière avec quelques degrés de faveur ou de défaveur. Les normes subjectives quant à elles reflètent les pressions sociales perçues pour produire un comportement et pour ce qui est du contrôle du comportement perçu, il correspond à la facilité ou la difficulté perçue de réaliser un comportement en termes d'habiletés et de circonstances. Ce modèle s'est avéré souvent hautement prophétique des comportements et des dispositions comportementales notamment eu égard aux infractions routières (Conner & Armitage, 2007; Letirand & Delhomme, 2005). Plusieurs améliorations ont été faites en ajoutant de nouveaux facteurs ou en détaillant ceux qui existent déjà. Cestac et Meyer (2010) ont ajouté au modèle le comportement antérieur celui-ci augmente substantiellement le pouvoir prophétique de la théorie du comportement planifié. Pour Kallgren et al. (2000), les normes subjectives sont conceptualisées comme injonctives (ce que je crois que les autres attendent de moi) mais, une conception descriptive complémentaire des normes (ce que je pense que les autres font) devrait être incluse dans la version élargie de la TCP.

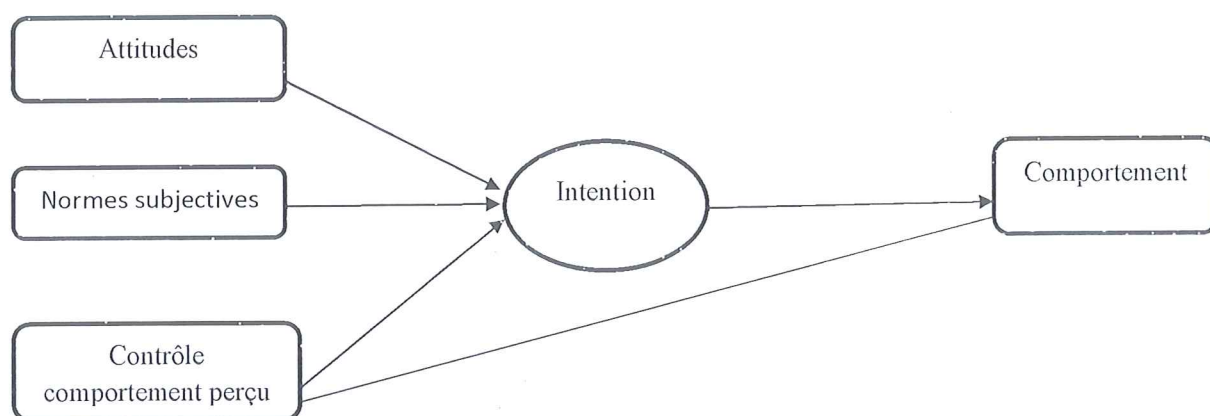
Dans cette théorie, les intentions de l'individu d'émettre un comportement donné constituent le facteur central. Elles sont supposées saisir les facteurs motivationnels qui influencent le comportement. L'intention ne se transforme en comportement effectif que si celui-ci est sous le contrôle de l'individu. En effet, Ajzen (1985) a élargi le modèle conceptuel de l'action raisonnée en y ajoutant le contrôle comportemental perçu. La recherche de Dziewaltowski (1989) indique que ce contrôle est assimilable au sentiment d'efficacité personnelle des individus. Donc, quand l'efficacité personnelle est incluse comme prédicteur,

le contrôle comportemental ne produit pas de contribution indépendante à la performance. Dans des tests comparatifs, le modèle élargi ou la théorie du comportement planifié, a un plus grand pouvoir prédictif que la version originale dépourvue du facteur identique à l'efficacité (Ajzen & Madden, 1986). Les croyances en l'efficacité personnelle affectent le comportement à la fois directement et en influençant l'intention.

Le modèle d'Ajzen (1985) part donc du principe que trois variables (l'attitude, les normes subjectives et la perception du contrôle) influencent directement les intentions d'effectuer un comportement. Cette intention influence à son tour le comportement. La figure 3 illustre les liens entre les différentes variables de TCP.

Figure 3

La théorie du comportement planifié



Note. De *The theory of planned behavior*. Par Ajzen, I., 1991, *Organization Behavior and Human Decision, Process*, 50, 182.

3.2.1. Le contrôle comportemental perçu

Le contrôle comportemental perçu est le dernier prédicteur introduit par Ajzen (1985). Selon Ajzen (1991), le contrôle comportemental perçu correspond à la facilité ou la difficulté perçue pour réaliser un comportement. Entre autre, il renvoie à la perception qu'une personne a de la faisabilité personnelle du comportement concerné (Emin et al., 2005). Le concept de contrôle comportemental perçu est très proche du concept de l'efficacité personnelle de Bandura (1977) et d'Ajzen (1991) et du concept de faisabilité de Tounés (2003). Il est le prédicteur direct à la fois de l'intention et du comportement lui-même sans intercession de l'intention.

Le contrôle comportemental perçu tel que conceptualisé par Ajzen (1991) désigne la croyance d'une personne concernant les ressources et les occasions dont elle dispose si elle tente de réaliser un comportement donné. De façon simplifiée, Gheorghiu (2012) pense qu'il est la perception des individus quant à la facilité ou la difficulté à réaliser un comportement donné. Il renvoie aussi à la croyance de la personne quant à l'aisance ou la difficulté à réaliser le comportement (Noumbissié, 2010). Cela rend compte du fait que, le contrôle comportemental perçu représente l'évaluation que l'individu fait de ses capacités à maîtriser les éléments facilitateurs ou inhibiteurs de la réalisation ou de l'adoption d'un comportement donné. Le contrôle comportemental perçu aurait pour base les croyances de contrôle que l'individu possède sur le futur comportement. Ces croyances selon Bérubé (2012) sont fondées sur l'expérience passée et les obstacles anticipés.

Le contrôle comportemental perçu peut influencer la conduite de manière indirecte et directe (Ajzen, 1991 ; Mvessomba et al., 2017). Dans le premier cas, il peut être utilisé au même titre que les autres variables (attitude et norme subjective) dans la prédiction de l'intention comportementale. Dans le second cas, il peut être directement utilisé pour prédire un comportement au même titre que l'intention comportementale à condition qu'il soit réaliste (Ajzen, 1991). Lorsque le contrôle comportemental perçu est réaliste, il reflète le niveau de contrôle réel que l'individu exerce sur le comportement et devient le meilleur prédicteur de ce comportement (Bérubé, 2012 ; Gheorghiu, 2012 ; Palat, 2013).

Beck (1981) a constaté que le contrôle comportemental perçu d'un individu à prévenir les conséquences négatives de l'alcool au volant prédisait ses intentions comportementales. Autrement dit, lorsqu'un individu pense qu'il a les capacités de consommer de l'alcool et de conduire en évitant les situations dangereuses, il aura l'intention de conduire sous influence de l'alcool. En revanche, s'il estime qu'il n'est pas capable de réaliser le comportement (boire et conduire en évitant les situations dangereuses), il aura moins l'intention de conduire sous influence d'alcool. Machin et Sankey (2008) ont également constaté que le contrôle comportemental perçu était positivement corrélé avec le non-respect de la limitation de vitesse. Dans ce cas, lorsque l'individu a un niveau élevé de contrôle perçu lié au non-respect de la limitation de vitesse, il aura tendance à ne pas respecter la limitation de vitesse prescrite.

3.2.2. Application de la théorie du comportement planifié dans le domaine de la prise de risque routière

La TCP telle qu'élaborée par Azjen vise à prédire à la fois les intentions et les comportements de santé et de sécurité. Au regard de cet objectif et comme le montre certains auteurs (Nache & Trudeau, 2000), cette théorie peut être appliquée à une diversité de comportements à l'instar des comportements additifs, routiers, de suivi médical, nutritionnels, sportifs et en rapport avec le VIH. Pour Maltête (2012), cette théorie s'applique à une très grande variété de situations médicales (perte de poids, usage des drogues, etc.) et non médicales (absentéisme au travail, comportements de consommation, etc.).

En ce qui concerne la conduite automobile et la santé, la théorie du comportement planifié a d'une part fourni un cadre théorique d'extrême importance pour l'analyse des comportements à risque et a offert des informations assez intéressantes pour une bonne analyse du comportement observé à travers l'explication des facteurs psychosociaux sous-jacents à l'intention de réaliser un comportement de santé d'autre part. Sur le plan de la conduite automobile et de la santé (cas des infirmiers), l'analyse des comportements spécifiques (la vitesse, la conduite sous influence et les transgressions simples et agressives, d'agir selon le motif de consultation des personnes utilisatrices des drogues injectables) a conduit à des résultats intéressants. Ces résultats montrent que l'intention est le meilleur prédicteur du comportement qui, elle-même est déterminée en fonction de la situation par la norme subjective et le contrôle comportemental perçu ; l'attitude et la norme morale (Gheorghui, 2012 ; Têtu, 2009).

S'agissant de l'attitude, l'évaluation directe consistera à demander aux participants d'estimer si le comportement évalué est utile, sûr, amusant ou agréable et l'évaluation indirecte concernera les croyances comportementales et leur importance (Gheorghui, 2012). Pour ce qui est de la norme subjective, il s'agira de demander aux participants d'évaluer la mesure avec laquelle les autres attendent qu'ils réalisent un ou des comportements à risque et dans quelle mesure ils ressentent une pression générale pour la réalisation de ces comportements (évaluation directe) d'une part et d'autre part, d'utiliser deux groupes de référence : les parents et les amis ou collègues puis interroger les participants dans quelle mesure les amis, les parents ou les collègues seraient d'accord avec la réalisation ou non de ces comportements (évaluation indirecte) (Gheorghui, 2012). En ce qui concerne le contrôle comportemental perçu, il reviendra soit à demander aux participants d'évaluer dans quelle mesure ils considèrent qu'ils peuvent réaliser un ou des comportements à risque avec succès (évaluation directe), soit à extraire du pré-test les éléments les plus mentionnés et, pour

respecter la modalité de construire le questionnaire demander aussi aux participants d'évaluer l'importance de chaque élément dans le succès de chaque comportement (évaluation indirecte) (Gheorghui, 2012).

La TCP d'Azjen (1991) a aussi été utilisée dans l'analyse des comportements des employés d'une industrie manufacturière (Visagie et al., 2014). S'appuyant sur la suggestion de Kreitner et Kinicki (2008) selon laquelle les comportements à risque peuvent être prédits en utilisant la théorie du comportement planifié, Visagie et al. (2014) faisaient remarquer que les employés avaient une attitude favorable à l'ignorance des règles de sécurité. Ces dernières consistant à éteindre la machine pour corriger les erreurs sur le matériel produit par la machine. En le faisant (ignorance des règles de sécurité), l'employé était amené à bouger sa main à l'intérieur de la machine (zone de danger). Leur perception de la norme subjective était aussi favorable parce qu'ils voyaient leurs collègues (co-ouvriers) prendre les raccourcis pour rectifier les erreurs sur la machine de la même manière. De même, les auteurs ont observé que ce comportement avait été prévu par le management. En terme de perception de contrôle comportemental, les employés étaient complètement chargés de prendre les raccourcis et par conséquent, ignorer les règles de sécurité (Visagie et al., 2014). L'employé entraînait dans la zone de danger comme le faisaient ses collègues plusieurs heures avant. Comme l'on s'attendrait, l'accident se produisait et l'employé souffrait des lacérations à la main gauche et perdait plusieurs jours de travail (Visagie et al., 2014). Par conséquent, l'intention des individus à s'engager dans un comportement donné est le prédicteur de ce comportement (Visagie et al., 2014).

Du développement qui précède, la présentation de la brève historique en montrant que la TCP a été théorisée par Azjen (1991) suite aux limites présentée par la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement planifié a été faite sur trois points. Premièrement, nous avons fait un exposé sur la théorie de l'action raisonnée (TAR) qui permet de prédire et d'expliquer les comportements qui sont sous le contrôle de l'individu. Deuxièmement, nous avons présenté le postulat et par la suite décrit les différentes dimensions (intentions comportementales, attitudes, normes subjectives et contrôle comportemental perçu). Troisièmement, nous avons présenté comment les autres auteurs l'ont appliquée dans les autres domaines en plus du domaine de la prise de risque routière. Les résultats de leurs recherches ont montré que l'intention était le prédicteur le plus important. Elle-même étant déterminée par l'attitude, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu. La description des dimensions de la TCP que nous venons de faire permet de mettre en exergue l'importance de ce modèle théorique dans la prédiction et l'explication des comportements

dans des situations spécifiques. Les considérations théoriques qu'elle offre ont été utilisées pour étudier les comportements des individus dans divers domaines (santé, sécurité routière et travail, etc.). L'attitude, la norme sociale et le contrôle comportemental perçu sont exprimés en termes de croyances. Ces dernières correspondent aux informations vraies ou fausses qu'une personne a sur le monde qui l'entoure. Ces trois variables influencent directement l'intention d'effectuer un comportement. Seulement, la TCP semble ne pas accorder une attention particulière aux croyances des individus qui constituent la base sur laquelle s'appuient les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu pour générer le comportement voulu (Koch et al., 2005). Ces croyances sont davantage accentuées dans le modèle des croyances relatives à la santé.

3.3. Le Health Belief Model (HBM) ou modèle des croyances relatives à la santé

Le HBM est l'un des modèles théoriques le plus utilisé dans les études relatives à l'adoption des comportements de santé (Champion & Skinner, 2008 ; Jones et al., 2015). Ce modèle met un accent sur le rôle des croyances dans l'explication des comportements liés à la santé. Son utilisation dans le cadre de ce travail de recherche se justifie par le fait que les croyances chrétiennes constituent des croyances sur lesquelles les individus s'appuient généralement pour évaluer la menace perçue et l'efficacité de l'action recommandée. Dans ce cas, les perspectives d'analyse offertes par ce modèle théorique en termes de prédiction des relations entre les croyances, les attitudes et les comportements pourraient permettre de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent la relation qui existe entre les croyances chrétiennes et la prise de risque routière. Cette section s'articulera autour de trois points : historique et définition, dimensions et applicabilité.

3.3.1. Historique et définition

Le HBM est le premier modèle de croyance de santé publié. Il a été développé dans les années 1950 par un groupe de chercheurs et de praticiens en psychologie sociale (Hochbaum, 1958) qui travaillaient à ce moment au service de santé américain pour améliorer l'efficacité des programmes d'éducation sanitaire (Abraham & Sheeran, 2015). A l'origine, ce modèle avait été formulé pour expliquer l'échec général des programmes de prévention des maladies ou des tests de dépistage en vue de détecter précocement les problèmes de santé (Janz & Becker, 1984). Plus précisément, il s'agissait d'expliquer pourquoi les individus acceptaient ou non de passer un test de dépistage des maladies chroniques ou aiguës (cancer du poumon, tuberculose, hypertension, etc.). Dans le but de comprendre pourquoi les personnes ne se

soumettaient pas à des examens permettant de diagnostiquer très tôt les maladies et aussi pour expliquer et prévoir si les individus adoptent des comportements de prévention (à l'exemple de la consommation d'alcool au volant) (Rosenstock, 1974). Par la suite, le HBM a été utilisé pour comprendre les comportements associés à la prévention des maladies (vaccination) et l'adhérence thérapeutique. Actuellement, ce modèle est étendu à tous les domaines de la santé en général et de la vie nécessitant des comportements adaptatifs ou de précaution en particulier (Mvessomba et al., 2017). Il est aussi appliqué à l'étude des comportements de santé comme les habitudes de vie. Selon le HBM, un individu est susceptible d'agir pour prévenir une maladie s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension importante de sa vie.

Le HBM est un modèle sociocognitif spécifique à la santé (Ajzen, 1998). Il est également considéré comme étant un modèle psychologique qui tente d'expliquer et de prédire les comportements de santé (Glanz et al., 2002). Pour Chin et Mansori (2019), le HBM est un modèle de changement de comportements relatifs à la santé et est utilisé pour prédire des réponses des individus et des changements comportementaux en vue de prévenir les maladies. Ces différentes définitions laissent transparaître le caractère prédictif, explicatif et pratique de ce modèle. En termes de prédiction, le HBM a permis d'identifier les prédicteurs significatifs des comportements de santé (Carpenter, 2010). En ce qui concerne son caractère explicatif, ce modèle se propose d'expliquer pourquoi les individus adoptent ou non les recommandations établies pour leur santé et sécurité. Son caractère pratique quant à lui, réside dans le fait qu'il a servi d'outil de base pour l'élaboration de divers programmes de prévention et d'intervention (Okun et al., 2017). Les considérations théoriques tournant autour du HBM montrent qu'il est fondé sur un ensemble de croyances qui influencent les comportements des individus (Becker, 1966 ; Godin, 1991 ; Mvessomba, 2016). Le modèle HBM de Becker et Maiman (1975) postule que l'engagement d'un individu dans un comportement préventif (comportement de santé) est fonction de sa perception de la réalité de la menace perçue, des bénéfices perçus imputables au comportement de santé et des obstacles perçus à réaliser ce comportement. Les individus évaluent l'utilité d'une action et son coût et n'agissent qu'en cas de balance « coût-utilité » favorable. La menace perçue est issue du produit de deux variables indépendantes l'une de l'autre : la gravité perçue (ou sévérité perçue) et la vulnérabilité perçue. La gravité perçue se réfère à la connaissance d'un danger et à la valeur personnelle que le sujet accorde aux dommages issus de ce danger. La vulnérabilité perçue renvoie à l'estimation par le sujet de la probabilité des dommages qu'il encourt. Dans le modèle HBM, plusieurs facteurs influencent la construction de la menace

perçue comme les variables démographiques (âge, sexe, ethnie, etc.), les variables socio-psychologiques (personnalité, classe sociale, pressions exercées par les pairs et groupe de référence, etc.) ou encore les incitations à l'action : campagnes médiatiques, exemples, conseils, etc. Les incitations à l'action constituent parfois des « moments catalytiques » qui permettent un « déclic » ou le déclenchement d'une action.

Si l'on souhaite calculer la probabilité d'action pour un sujet ou un groupe d'individus, il faut prendre en compte la menace perçue et les résultats de l'évaluation coût-utilité. Rosenstock (1974) suggère que la probabilité qu'une personne adopte un comportement de prévention dépend de l'évaluation des construits importants : la menace perçue; la croyance en l'efficacité de l'action préventive et les incitations d'action. Pour Rosenstock et al. (1988), le HBM repose sur six composantes : la vulnérabilité perçue, la gravité perçue, les obstacles perçus, les bénéfices perçus, les incitateurs d'action et l'auto-efficacité. Ces différentes composantes sont présentées ici pour une bonne compréhension de ce modèle théorique.

3.3.2. Construits du HBM

3.3.2.1. Vulnérabilité perçue

La vulnérabilité perçue se réfère à la probabilité d'avoir une maladie ou une condition désagréable (Becker, 1974). Pour Okun et al. (2016), elle renvoie aux croyances relatives à la probabilité de subir un risque ou d'avoir une maladie. Il s'agit aussi de la perception du risque d'avoir un problème de santé (Ingrand, 2008). Il ressort de ces différentes définitions l'idée selon laquelle l'individu face à un problème de santé ou une condition grave, se perçoit comme susceptible d'être touché par ce problème. Dans le même ordre d'idée, le HBM prédit que les individus qui perçoivent qu'ils sont susceptibles de développer une maladie s'engageront dans des comportements qui pourraient aider à réduire le risque de développer cette maladie (Champion & Skinner, 2008).

Cependant cette perception semble dépendre du contexte et de la situation de l'individu. En effet, face à un problème de santé l'individu peut se sentir soit vulnérable soit invulnérable (Mvessomba et al., 2017). Dans le premier cas, l'individu sera motivé à adopter des comportements de santé ou de prévention parce qu'il se sera considéré comme susceptible d'être atteint (Turner et al., 2004). C'est par exemple le cas des travaux de Chen et Tatsuoka (1984) qui ont montré que les individus ont adopté des comportements de prévention parce qu'ils ont cru qu'ils risquaient d'avoir une maladie. Dans le second cas, l'individu ne pourra enclencher aucun processus de changement de comportement ou d'adoption des comportements de santé parce qu'il croira qu'il n'est pas en danger ou qu'il a un moindre risque d'être touché (Turner et al. ², 2004). Dans ce cas de figure, l'individu aura développé

le sentiment d'invulnérabilité. Ce sentiment a été observé chez les étudiants asiatiques qui avaient tendance à voir l'épidémie du VIH/Sida comme n'étant pas un problème asiatique par conséquent, les comportements qu'ils adoptaient n'étaient pas associés aux pratiques sexuelles saines (Yep, 1993). Ainsi, une perception élevée de la vulnérabilité est liée aux comportements de santé et une perception faible de la vulnérabilité aux comportements à risque (Turner et al., 2004).

3.3.2.2. Gravité perçue

La gravité perçue amène l'individu à prendre conscience des conséquences négatives de la maladie (Ingrand, 2008). Elle amène à envisager l'apparition éventuelle d'un état désagréable et dangereux résultant de la maladie susceptible d'endommager certains aspects de sa vie (Godin, 1991). Elle désigne ainsi une croyance développée chez l'individu qui considère la menace de la santé comme étant grave et sévère (Turner et al., 2004). Cette croyance constitue un facteur déterminant d'adoption des mesures préventives ou d'évitement de la menace. Dans la même perspective, le HBM stipule que plus l'individu perçoit un problème de santé comme étant grave, plus il sera probable qu'il s'engage à adopter des comportements pour prévenir son apparition ou pour réduire sa sévérité (Champion & Skinner, 2008).

Le développement ci-dessus laisse transparaître le fait que la gravité perçue permet à l'individu de situer l'ampleur du problème. Le problème est-il grave ou anodin ? (Mvessomba et al., 2017). Lorsque l'individu considère le problème comme étant grave il va adopter des comportements susceptibles de le réduire ou de le prévenir. Par exemple si un homme connaît les conséquences du cancer de la prostate s'il n'est pas traité, cet homme sera plus incité à aller se faire dépister (Jhonii, 2016). Par contre, lorsqu'il le considère comme étant anodin, il ne sera pas concerné et n'adoptera par conséquent pas des comportements de santé ou de prévention. Par exemple, s'il n'a pas d'informations à propos de la gravité des conséquences liées au cancer de la prostate, il ne sera pas motivé à aller consulter (Jhonii, 2016).

Strecher et Rosenstock (1997) ont montré que la perception de la menace est liée au changement de comportement. Par exemple lorsque la maladie est perçue comme une menace ou un risque réel, le comportement change souvent. Les travaux de Turner et al. (2004) ont également montré que la combinaison entre la vulnérabilité perçue et la sévérité perçue (menace perçue) a amené les individus qui avaient été précédemment traités contre le cancer à changer leurs comportements

3.3.2.3. Bénéfices perçus

Les bénéfices perçus ou la perception des bienfaits désignent l'évaluation subjective de la valeur ou de l'efficacité du comportement de santé engagé pour prévenir une maladie (Jhonii, 2016). Ils désignent également les croyances envers l'efficacité des actions disponibles pour réduire la menace de la maladie (Ingrand, 2008). Les bénéfices perçus amènent l'individu à être motivé à adopter un comportement de santé non pas par peur (résultant de la vulnérabilité et de la sévérité perçues) mais par l'intérêt que revêt ce comportement (Turner et al., 2004). Aussi, le HBM suggère que plus l'individu perçoit les bénéfices dans un comportement particulier pour réduire la menace perçue, plus il va s'engager à adopter ce comportement.

Si un individu croit que le fait de se faire dépister du cancer de la prostate peut augmenter ses chances de le détecter précocement et par conséquent réduire ses effets, il aura davantage l'intention de se faire consulter. Ainsi, lorsque l'individu n'estime pas trop élevés les coûts associés à l'adoption des comportements de santé ou de prévention, il continuera à traiter l'information à travers l'analyse de ce qu'il gagnerait en adoptant un nouveau comportement (Mvessomba et al., 2017). En revanche, si l'individu estime trop élevés les coûts associés à l'adoption des comportements de santé, il est probable qu'il continue à adopter les comportements non propices pour sa santé. Dans ce cas, on parlera de la perception des obstacles.

3.3.2.4. Obstacles perçus

Les obstacles perçus renvoient aux aspects physiques, psychologiques et financiers liés à l'action de santé (Rosenstock, 1974). En d'autres termes, l'adoption d'un nouveau comportement, d'un changement induit toujours un effort qui peut être physique, psychologique ou financier. Ainsi, lorsque les coûts liés à l'action recommandée sont jugés trop élevés, il y a des risques que l'individu résiste à l'adoption de l'action recommandée. C'est par exemple le cas des conducteurs de mototaxis qui préfèrent prendre des risques parce qu'ils pourraient se sentir inconfortables en respectant le code de la route ou être ralenti dans leur travail. Toutefois, avant d'adopter ou non un comportement recommandé, l'individu fait une comparaison entre les avantages du nouveau comportement, c'est-à-dire celui qui est recommandé et les conséquences de l'ancien, c'est-à-dire celui qui est interdit. Si les avantages du nouveau comportement l'emportent sur les conséquences de l'ancien, l'individu s'engagera à adopter le comportement recommandé. Si par contre, les conséquences de l'ancien comportement l'emportent sur les avantages du nouveau comportement, l'individu va résister au changement du comportement (Turner et al., 2004). Cette idée est perceptible chez

Champion et Skinner (2008). Pour eux, le HBM suggère que la perception des bénéfices doit être supérieure à celle des obstacles vis-à-vis d'un comportement pour que le changement aboutisse.

3.3.2.5. Incitateurs d'action

Les incitateurs d'action représentent des événements, des personnes ou des choses poussant l'individu à changer son comportement (Turner et al., 2004). Leur rôle est de rappeler à l'individu l'existence ou la présence d'un problème lié à la santé (Champion & Skinner, 2008). Ils peuvent être classés en deux catégories : les incitateurs internes et les incitateurs externes. Dans le premier cas, l'incitateur peut résulter de ce que l'individu ressent. C'est par exemple le cas des symptômes d'une maladie. La manifestation de ces symptômes signale à l'individu sa présence. Ainsi, la manifestation de ces symptômes peut amener l'individu à se faire consulter (Jhonii, 2016). Dans le second cas, l'incitateur peut provenir des conseils des experts, des informations reçues via les brochures, dépliants, affiches, reportages, campagnes de sensibilisation, des cas de maladies des membres de la famille (Ali, 2002 ; Graham, 2002 ; Mvessomba et al., 2017). Leur rôle est de stimuler les individus à adopter les comportements de santé (Jhonii, 2016).

Le HBM soutient que ces indices (internes et externes) sont nécessaires pour inciter l'adoption des comportements de santé (Champion & Skinner, 2008). Par exemple, si un proche d'un individu a récemment été diagnostiqué d'un cancer de la prostate, cet individu aura l'intention d'aller plus tard se faire consulter du cancer de la prostate (Jhonii, 2016). Les travaux de Hanson et Benedict (2002) ont également montré que les individus qui avaient écouté des informations concernant le risque d'un problème de santé à la radio, à la télé ou qui avaient lu des notices d'emballages de viandes crues avaient adopté des comportements alimentaires sains.

3.3.2.6. Auto-efficacité

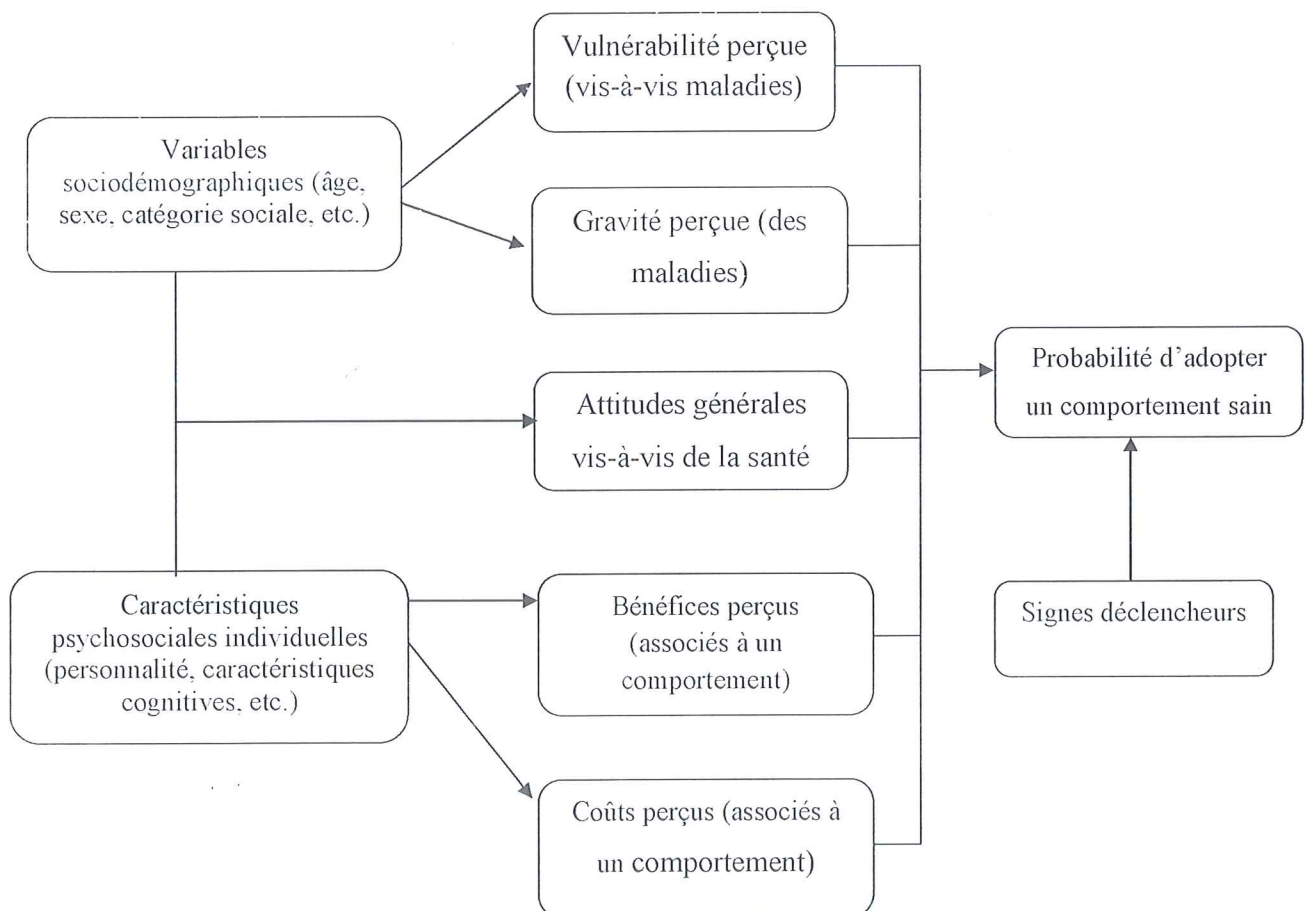
L'auto-efficacité désigne la croyance qu'un individu a de ses capacités et de l'environnement favorable de réaliser un comportement souhaité (Bandura, 1977). Elle renvoie également à la perception qu'a un individu de ses compétences à réaliser avec succès un comportement. En fait, les gens n'essayent généralement pas de réaliser un comportement parce qu'ils ne pensent pas pouvoir le réaliser (Turner et al., 2004). Les théoriciens du HBM reconnaissent que la confiance qu'a un individu en ses capacités est un facteur crucial qui conduit au changement de comportement lié à la santé (Champion & Skinner, 2008). Lorsque l'individu a un niveau élevé d'auto efficacité, il est probable qu'il réalise le comportement à adopter. Par contre, lorsqu'il a un niveau faible d'auto-efficacité, il présentera une moindre

intention de réaliser le comportement recommandé. C'est par exemple, le cas des travaux de Turner et al. (2004) qui ont indiqué que l'auto-efficacité était le meilleur prédicteur des pratiques comportementales recommandées pour la prévention de l'ostéoporose. De même, les travaux de Wallace (2002) ont montré que les femmes qui avaient une faible auto-efficacité ne croyaient pas qu'elles puissent faire des exercices et par voie de conséquence, elles ne s'engageaient pas à pratiquer les exercices recommandés pour maintenir leur poids.

On pourrait résumer la théorie du HBM en disant que l'adoption du comportement dépend des facteurs suivants: perception de la menace, perception de la gravité du mal à éviter, perception de la vulnérabilité perçue, évaluation du comportement, perception de l'efficacité du comportement, perception des inconvénients du comportement et efficacité personnelle.

Figure 4

Le Health Belief Model



Note. De Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. Par Becker, M. H., & Maiman, L. A., 1975, Medical Care, 13, 10-24.

3.3.2 7. Le Health Belief Model (HBM) et le risque routier

L'application extensive du HBM et les recherches en matière d'éducation pour la santé attirent régulièrement l'attention des chercheurs et des praticiens sur la multiplicité des variables à prendre en compte pour l'explication des comportements (comportements à risque ou comportements dangereux).

En se basant sur l'un des postulats du HBM (la gravité du problème), le fait que les individus ne parviennent pas à quantifier les dommages par rapport aux bénéfices lorsqu'ils prennent des risques peut s'expliquer par une mauvaise anticipation de ce qui peut se passer dans le futur s'ils perpétuent leur pratique à risque. Les individus s'appuient généralement sur des anticipations fondées sur les inférences plausibles qui peuvent conduire à des résultats mais, bien souvent erronés car en dessous des risques statistiques (Bronner, 1996). La mésestimation de la probabilité de survenue des dommages conduit à la poursuite des activités à risque.

L'absence des connaissances suffisantes des dangers, l'accoutumance au danger peut susciter un sentiment de sécurité chez un preneur de risque. Le Modèle des Croyances Relatives à la Santé prédit que dans une situation comportant de multiples possibilités, le choix se portera sur l'option pour laquelle la valeur espérée sera la plus importante, après évaluation de chaque possibilité. Un individu pourra éviter de prendre un risque routier seulement s'il connaît les effets de celui-ci sur la conduite. C'est le cas par exemple par rapport à l'alcool au volant. S'il n'a pas ces informations, il est très susceptible qu'il s'engage dans un comportement à risque.

La perception de la menace perçue, c'est-à-dire l'ensemble des dommages connus et pouvant être occasionnés par la consommation d'alcool au volant ne sera pas la même selon les individus. Elle est liée d'une part à des facteurs externes tels que les incitateurs à l'action (campagne de prévention, influence de l'entourage, injonction policière, etc.) et d'autre part à certaines caractéristiques démographiques (Age, sexe, etc.) et psychosociales (groupe de référence, normes, etc.) (Rosenstock, 1974). Un individu sera donc plus ou moins réceptif aux incitations lui permettant de percevoir la menace. Par ailleurs, les perceptions individuelles, c'est-à-dire le fait de se sentir potentiellement vulnérable ou non et l'estimation de la gravité des dommages éventuels influencent la perception de la menace. Cette estimation provient des informations médiatisées et constitue une base de connaissance sur un domaine sanitaire particulier. Cependant, certaines de ces informations peuvent être mal interprétées ou incomprises et faire l'objet de croyances erronées.

3.3.3. Application du HBM

Le HBM est un modèle de changement de comportement développé pour expliquer et prédire les comportements liés à la santé. Plusieurs études dans le domaine de la sécurité routière ont utilisé ce modèle dans le but de comprendre pourquoi les individus s'engagent dans les comportements en général et de manière particulière dans les comportements de sécurité (Hatamzadeh et al., 2012 ; Lajunen & Özkan, 2010 ; Lajunen & Räsänen, 2001 ; Morowatisharifabad et al., 2009 ; Oruogi et al., 2014 ; Özbay et al., 2017 ; Tavafian et al., 2011). Dans une méta-analyse, Sheeran et al. (1999) ont montré que les dimensions du HBM prédisaient de manière significative le comportement lié à la santé. Selon ces auteurs, la conduite automobile fait partie du comportement culturel des individus, car elle est influencée par leurs valeurs et leurs croyances. De ce fait, le HBM qui est centré sur les attitudes et les croyances des individus est susceptible d'établir une relation entre les croyances et le comportement.

Razmara et al. (2018) ont mené une étude sur les comportements de conduite sécuritaire chez 184 chauffeurs de taxi iraniens sur la base du modèle de croyance en matière de santé. Les résultats de cette étude montrent que les avantages perçus étaient significativement corrélés aux comportements de conduite sécuritaire, tandis que les obstacles perçus présentaient une corrélation non significative. Ces auteurs ont montré que les obstacles perçus sont associés à des comportements de conduite dangereuse, y compris des violations de la vitesse. La prise en compte des obstacles perçus serait efficace pour modifier le comportement et réduirait ainsi les infractions dans la conduite automobile (Razmara et al., 2018). Lajunen et Räsänen (2001) montrent que l'utilisation des casques par les cyclistes était prédite par les obstacles perçus et les incitateurs à l'action. Dans l'étude de Morowatisharifabad (2009) la gravité, les avantages perçus et les obstacles perçus étaient associés de manière significative aux comportements de conduite à risque. Une étude de Lajunen et Özkan (2010) qui portait sur les comportements des motocyclistes aux guidons et leurs raisons psychosociales a montré que la réduction des obstacles perçus était associée à l'utilisation accrue d'équipements de sécurité. Dans cette étude, les incitateurs d'action avaient une relation directe et significative avec les violations de vitesse tandis que la modalité de gravité perçue était associée à une diminution des comportements de sécurité.

Dans l'étude de Hatamzadeh et al. (2012), la prise en compte des dimensions du HBM a été efficace pour l'augmentation de l'utilisation des ceintures de sécurité. Oruogi et al. (2014) dans une étude, ont montré que la vulnérabilité perçue et les obstacles perçus étaient

les déterminants les plus importants dans l'utilisation du casque. Dans leur recherche, Tavafian et al. (2011) ont constaté que les avantages et les obstacles perçus sont les meilleurs prédicteurs du port de la ceinture de sécurité. Les résultats de ces études montrent que les dimensions du HBM sont cohérentes avec les comportements de conduite.

Le HBM suggère que les comportements individuels dépendent d'un certain nombre de facteurs à savoir la gravité de la menace, la vulnérabilité perçue, les avantages ou les coûts de la conduite recommandée ainsi que de l'efficacité personnelle. Appliqué à un comportement de prise de risque, le HBM est susceptible de prédire les comportements de prise de risque comme une conduite grave susceptible de provoquer des accidents sur la route, lorsque les avantages de la prise de risque sont élevés et que ses coûts sont relativement bas. De plus, le conducteur aura tendance à adopter des comportements de sécurité s'il dispose des informations nécessaires quant aux effets de la prise de risque. Enfin, le conducteur adoptera des comportements sécuritaires s'il se sent capable de réaliser la conduite recommandée (je suis capable de ne pas prendre de risque, de respecter le code de la route).

Dans ce chapitre troisième, nous avons adapté deux modèles théoriques de référence (la TCP et HBM) à l'explication de la prise de risque routière. Il s'agit de la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1991) et le modèle de croyances relatives à la santé (Rosenstock, 1966 ; Beker et al., 1970, 1980). Nous avons pu montrer sur le plan théorique que les postulats de la TCP pouvaient être adaptés à la prise de risque, à travers l'intention de respecter le code de la route, à des croyances comportementales (attitudes), des croyances normatives (normes subjectives) et des croyances de contrôle (contrôle comportemental perçu). Il apparaît que la prise de risque dépend de la gravité perçue, de la vulnérabilité perçue, de l'efficacité de la réponse, de l'auto-efficacité. Considérant les propositions du HBM (Rosenstock, 1974), l'adoption d'un comportement à risque ne survient que si l'individu ne perçoit pas non seulement la gravité du problème, mais aussi s'il ne perçoit pas les avantages liés à l'abandon dudit comportement. Cette relation entre les croyances et la prise de risque routière à travers le non-respect du code de la route est modélisée à partir de l'approche quantitative dans le cadre opératoire qui suit.

DEUXIÈME PARTIE: CADRE OPÉRATOIRE

Cette deuxième partie de notre travail de recherche intitulée cadre opératoire se propose de traiter les aspects méthodologiques. Elle a pour objectif d'étudier l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en général, le cas particulier du non port du casque et du non-respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en précisant la démarche utilisée pour parvenir aux résultats obtenus. La précision de cette démarche s'articule autour de trois chapitres. En premier lieu, le chapitre quatrième présente l'approche méthodologique que nous avons utilisée dans ce travail de recherche. En deuxième lieu, le chapitre cinquième se consacre à la présentation des données et des résultats. En troisième lieu, le chapitre sixième met en avant la synthèse des résultats et leur discussion.

CHAPITRE QUATRIÈME : APPROCHE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, il sera question de présenter la démarche utilisée afin d'aboutir aux différents résultats que nous avons obtenus. En d'autres termes, il s'agira de présenter les procédures méthodologiques choisies tout en les justifiant. Ce chapitre sera articulé autour des points suivants : le site de l'étude, les participants et la technique d'échantillonnage, les variables de l'étude, le plan de recherche, le plan d'expérience, les hypothèses, l'outil de collecte des données, son pré-test et sa validation, la procédure de collecte, l'outil de traitement statistique et les difficultés rencontrées.

4.1. Site de l'étude et participants

L'objectif de cette section est de présenter et de justifier le choix de la ville de Yaoundé et celui des arrondissements dans lesquels nous avons sélectionné les participants.

4.1.1. Choix du site de l'étude

Notre étude a été menée dans la ville de Yaoundé. En effet, le choix du site de Yaoundé a été motivé par les cinq raisons suivantes : premièrement, Yaoundé est une ville cosmopolite à plusieurs ouvertures, elle comprend deux universités d'Etat (Université de Yaoundé I et Université de Yaoundé II) qui attirent les jeunes. Deuxièmement, Yaoundé est notre ville de résidence ce qui limite le coût du transport lié à l'enquête. Troisièmement, c'est l'une des villes du Cameroun où le réseau routier reliant plusieurs autres villes (Douala, Bertoua, Bafoussam, etc.) est particulièrement dense. Quatrièmement, c'est l'une des villes du Cameroun qui dispose d'un grand nombre de moto taxis (600.000) selon les statistiques du Ministère des transports de 2017 et enfin cinquièmement, c'est la ville de la Région du Centre qui a le taux d'accidents de mototaxis le plus élevé environ 14% du taux d'accident (GN, 2010). Quant aux arrondissements de Yaoundé, où nous avons sélectionné les participants, nous avons choisi les arrondissements de Yaoundé IV, VI et VII à cause respectivement de la grandeur, du quartier le plus grand et du dernier des arrondissements en termes de création.

De tout ce qui précède, il ressort que Yaoundé est un site susceptible de nous fournir l'information recherchée pour atteindre notre objectif qui est comme nous l'avons déjà évoqué d'étudier l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Cette ville comporte également une proportion importante de jeunes qui conduisent des motos 600.000 (MINT, 2017).

4.1.2. Présentation du site

Yaoundé surnommée « ville aux sept collines », est la capitale politique du Cameroun. Elle est peuplée de 2 440 462 habitants en 2011, elle est après Douala la deuxième ville en termes de population du pays. C'est aussi le chef-lieu de la Région du Centre et du Département du Mfoundi. Yaoundé abrite plusieurs institutions du Cameroun (Présidence de la République, Assemblée Nationale, SENAT, Conseil Constitutionnel, Cour Suprême, les Ministères, etc.) et les Organismes Internationaux (ONU, OMS, PNUD, UA, UNICEF, BAD, etc.). Cette ville est encore appelée Ongola ce qui signifie « clôture » en ewondo et se réfère au mur de l'ancien poste allemand. La ville de Yaoundé, est limitée au Sud par le mont Mbam Minkom (1295 m), à l'Est par le Mont Nkolodom (1221 m) et au Nord par le mont Elounden (1159 m). La ville de Yaoundé s'étend sur 304 km² soit une densité moyenne de 5691 habitants par km² (Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2010).

Yaoundé est le siège de deux Universités d'État : l'Université de Yaoundé I située au quartier Ngoa-Ekellé et l'Université de Yaoundé II située à Soa. Plusieurs Ecoles Supérieures sont rattachées à ces Universités. Il s'agit entre autres de l'Ecole Nationale Supérieure Polytechnique, de l'Ecole Normale Supérieure et de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (rattachées à l'université de Yaoundé I). L'Institut des Relations Internationales du Cameroun, l'Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de l'Information et de la Communication (ESSTIC) (rattachées à l'université de Yaoundé II). Les Universités Privées et les Instituts Privés d'Enseignement Supérieur sont représentés dans la capitale camerounaise: l'Université catholique d'Afrique Centrale (UCAC), l'Université protestante d'Afrique Centrale (UPAC), l'Université de Yaoundé Sud Ndi Samba, l'Institut Siantou Supérieur, l'Institut Supérieur Matamfen, l'Institut Africain d'Informatique (IAI) (Essonon, 2004), etc.

Sur le plan de la santé publique, l'infrastructure médicale et sanitaire compte plus de cent Dispensaires et Centre de santé, plusieurs Cliniques, plusieurs Cabinets médicaux, une centaine de Pharmacies, quatorze Hôpitaux dont six de hauts standing (l'Hôpital Central, l'Hôpital général, le Centre Hospitalier Universitaire, l'Hôpital de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique, le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine) et trois Hôpitaux confessionnels (Ad lucem, Djoungolo et Baptist hospital).

Sur le plan du transport, notamment le transport en commun, Yaoundé dispose d'une Gare voyageurs pour ceux qui désirent se rendre à Douala et dans le grand Nord, un Aéroport International (Yaoundé-Nsimalen) avec des agences comme Camairco, Ethiopian airways, Air France, etc. plusieurs agences de voyages interurbains reliant Yaoundé à d'autres villes du Cameroun (Buca voyage, Finexst voyage, Central voyage, Alliance voyage, Garantie voyage, Général voyage, etc.) voire des pays voisins tels que la République Centrafricaine, le Tchad, le Gabon, la Guinée Equatoriale. etc. Le transport urbain est assuré par la Société des transports Stecy, les taxis autos qui se distinguent des autres voitures par leur couleur jaune, les autres voitures appelées communément « Opep » et les motos taxis (Bend skin).

Yaoundé est au centre d'une intense activité nationale et internationale. Située sur la trajectoire du chemin de fer Trans-camerounais à gestion privée qui s'étend de Nkongsamba à Ngaoundéré en passant par Douala, Yaoundé dispose également d'un important réseau de communication reliant la capitale aux différentes Régions du pays et au monde. Enfin, de par sa population et son poids économique, cette ville est la deuxième du Pays après Douala.

La connaissance du site de la recherche dans toute investigation scientifique est un atout pour le chercheur. Elle facilite le contrôle et la saisie des influences du milieu sur les conduites des participants.

4.2. Participants

Grâce à la technique d'échantillonnage par choix raisonné, 300 motos taximen âgés de 14 à 50 ans de la ville de Yaoundé ont été retenus. Ils ont été répartis de manière aléatoire dans les trois groupes : le groupe expérimentale (n=100), le groupe contrôle (n= 100) et le groupe neutre (n= 100).

Pour avoir les participants, nous avons rencontré les présidents d'Associations des motos taximen qui nous ont introduit à la réunion hebdomadaire de leur Assemblée générale et nous ont présenté comme chercheur s'intéressant au problème d'accident des motos taxis. Ils nous ont permis de sélectionner ceux des participants remplissant les critères de notre étude (conducteur de moto, zone de travail, âge). Les détails de cette répartition sont donnés dans le tableau 2.

Tableau 2

Répartition des participants dans les différentes conditions expérimentales

Conditions Expé Participants	Groupe Exp I		Groupe Exp II		Groupe Neutre		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Participants	100	33.33	100	33.33	100	33.34	300	100

4.3. Variables de l'étude

Nous avons dans notre recherche deux types de variables : une variable indépendante et une variable dépendante.

4.3.1. Variable indépendante

Dans cette étude, nous étudions une variable indépendante à deux modalités :

- La première modalité renvoie à la croyance en Dieu (Reconnaissance de l'existence de Dieu à travers le contrôle qu'Il exerce sur la vie des individus, sur les évènements auxquels ils font face, sur Sa participation aux décisions qu'ils prennent et sur le rôle qu'Il joue dans l'augmentation ou non de leur désir de porter le casque en conduisant et dans l'augmentation ou la baisse de leur consommation d'alcool lorsqu'ils conduisent) ;

- La seconde modalité renvoie aux pratiques rituelles (Bénédictions et prières qui contribuent à la décision des individus de porter le casque en conduisant et de boire de l'alcool en conduisant ; à l'augmentation ou non de leur désir de porter le casque et à l'augmentation ou la baisse de leur consommation d'alcool lorsqu'ils conduisent).

4.3.2. Variable dépendante

Dans les travaux antérieurs, la prise de risque a été mesurée soit par la vitesse excessive, soit par la fréquence de consommation et la quantité d'alcool consommée ou tout simplement par l'intention de conduire un véhicule après avoir consommé de l'alcool ou encore par l'utilisation du téléphone au volant (Atcha, 2015 ;Gouertoumbo, 2020 ;Vitgo, 2015). Pour cette étude, nous nous sommes limité à l'intention de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool au guidon et de respecter le port du casque qui a été mesurée à travers

une échelle de Likert allant de pas du tout d'accord (1) à tout à fait d'accord (5), en passant par pas d'accord (2), ni en accord ni en désaccord (3) et d'accord (4).

La variable dépendante de cette étude est la prise de risques chez les conducteurs de mototaxis. Elle a été opérationnalisée à partir de la Théorie du Comportement Planifié de Ajzen (1991). Cette théorie met en évidence trois dimensions déterminant l'intention comme nous l'avons déjà évoqué au chapitre troisième (les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental). Dans le cadre de cette étude, les normes subjectives ont été subdivisées en normes descriptives et en normes injonctives tel que préconisé par Ajzen et Fishbein (1980). En référence à ces études, nous utilisons ces dimensions pour étudier la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en rapport avec le non port du casque et la consommation d'alcool au guidon. Ainsi, la variable dépendante de cette étude s'opérationnalise comme suit :

- Les attitudes vis-à-vis de la prise de risque : avec comme indicateurs le non port du casque et la consommation d'alcool au guidon.
- Les normes descriptives relatives à la prise de risque : avec pour indicateurs le non port du casque et la consommation d'alcool au guidon.
- Les normes injonctives relatives à la prise de risque : avec comme indicateurs le non port du casque et la consommation d'alcool au guidon.
- Le contrôle comportemental perçu avec pour indicateurs le non port du casque et la consommation d'alcool au guidon.
- Intention de respecter le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool avec pour indicateurs le port du casque et la non consommation d'alcool au guidon.

4.4. Plan de recherche

L'opérationnalisation des variables ci-dessus a permis de bâtir un plan de recherche. Ce dernier croise tous les niveaux de la variable indépendante à tous les niveaux de la variable dépendante. Elle est représentée dans le tableau 3.

Tableau 3

Le plan de recherche

VI \ VD		Attitude (Att)		Normes Injonctives (Ninj)		Normes Descriptives (ND)		Contrôle Comportemental Perçu (Ccp)		Intention (Int)	
		Pc	Ca	Pc	Ca	Pc	Ca	pc	Ca	Pc	Ca
Croyance en Dieu (CD)	Rd	Rd*pc	Rd*ca	Rd*pc	Rd*ca	Rd*pc	Rd*ca	Rd*pc	Rd*ca	Rd*pc	Rd*ca
	Lg	Lg*pc	Lg*ca	Lg*pc	Lg*ca	Lg*pc	Lg*ca	Lg*pc	Lg*ca	Lg*pc	Lg*ca
Pratiques Rituelles (PR)	B	B*pc	B*ca	B*pc	B*ca	B*pc	B*ca	B*pc	B*ca	B*pc	B*ca
	P	P*pc	p*ca	p*pc	p*ca	p*pc	p*ca	p*pc	p*ca	p*pc	p*ca

Note. Rd : Reconnaissance de l'existence de Dieu ; Lg : Louanges à Dieu ; B : Bénédiction ; P : Prières ; Pc : Port du casque ; Consommation d'alcool.

Le tableau 3 est un plan de recherche qui croise les modalités de la variable indépendante à celles de la variable dépendante. Ce tableau donne lieu à 40 croisements. Les regroupements de ces croisements ont permis de formuler les différentes hypothèses de recherche.

Avant de formuler les hypothèses, il est important de préciser l'existence d'une séquence expérimentale qui a conduit à la manipulation du facteur expérimental (les croyances chrétiennes) pour voir ses effets sur le comportement de prise de risque. Cette manipulation des croyances chrétiennes a donné lieu à 4 conditions expérimentales, celles-ci nous permettent d'élaborer un plan d'expérience à deux variables. Nous avons dans notre étude deux variables, nous allons utiliser le plan factoriel.

Tableau 4

Plan d'expérience

	CC1	CC2
PR1	PR1CC1	PR1CC2
PR2	PR2CC1	PR2CC2

Le tableau 4 est un plan expérimental à groupes indépendants : $S < CC2 * PR2 >$, CC représente les modalités des croyances chrétiennes, PR représente les modalités de la prise de risque. Nos variables (VI et VD) ont été opérationnalisées et leurs modalités et leurs indicateurs croisés, nous ont permis de formuler nos hypothèses (hypothèse générale et hypothèses de recherche).

4.5. Hypothèses de l'étude

4.5.1. Hypothèse générale

Notre hypothèse générale a été formulée comme suit : les croyances chrétiennes ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. L'élaboration de cette hypothèse se justifie par le fait que les études antérieures (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018) montrent que les croyances sont associées à la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Ainsi, on s'attend à ce que les participants affectés dans la condition expérimentale où les croyances chrétiennes ont été activées prennent plus de risque comparativement à leurs collègues se trouvant dans les deux autres conditions c'est-à-dire ceux chez qui il y a eu une activation neutre et ceux chez qui la non croyances chrétiennes a été activée. De manière pratique, les participants en situation de croyances chrétiennes auront

des attitudes moins favorables vis-à-vis du port du casque, de la non consommation d'alcool ; vont percevoir que la majorité approuve moins le fait de porter le casque et de ne pas consommer de l'alcool en conduisant ; vont percevoir que la majorité ne porte pas toujours le casque et consomme de l'alcool en conduisant et vont percevoir qu'il est facile de ne pas porter le casque et de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants se trouvant dans les deux autres situations.

Comme les croyances chrétiennes sont une variable à deux modalités (croyance en Dieu et pratiques rituelles), nous avons opérationnalisé notre hypothèse générale en deux hypothèses théoriques qui sont présentées dans la section qui va suivre.

4.5.2. Hypothèses de recherche

HR₁ : la croyance en Dieu a un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Cela signifie que l'on s'attend à ce que, les participants affectés dans la condition où les croyances chrétiennes ont été activées prennent plus de risque que leurs collègues en situation de non activation des croyances chrétiennes et ceux se trouvant dans la condition neutre. Nous testerons cette hypothèse de recherche à travers quatre hypothèses spécifiques concrètes suivantes : 1 les participants en situation de croyance en Dieu développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ; 2 les participants en situation de croyance en Dieu se conforment moins que les autres (participants en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations) aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant ; 3 les participants en situation de croyance en Dieu se conforment moins aux normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations et 4 les participants en situation de croyance en Dieu perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant contrairement à ceux des deux autres situations (participants en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux autres situations).

HR₂ : les pratiques rituelles ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. En d'autres termes, l'on s'attend à ce que les participants affectés dans la condition où les pratiques rituelles ont été activées prennent plus de risque que leurs collègues ne se

trouvant dans aucune des deux situations et davantage que ceux chez qui les pratiques rituelles n'ont pas été activées. Cette hypothèse étant globale, sa vérification se fera à plusieurs niveaux. Ainsi, l'hypothèse spécifique précisée se décline comme suit : 1 les participants en situation de pratiques rituelles auront des attitudes moins favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants des deux autres situations (ceux en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations) ; 2 les participants en situation de pratiques rituelles se conforment moins aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les autres (participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations) ; 3 les participants en situation de pratiques rituelles se conforment moins aux normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations et 4 les participants en situation de pratiques rituelles perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant contrairement à ceux des deux autres situations (participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations).

4. 6. Choix, élaboration et validation de l'instrument de collecte des données

4.6.1. Choix de l'instrument de collecte de données

Les travaux antérieurs ont utilisé le questionnaire pour mesurer la prise de risque routière (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018). Cet instrument de collecte des données a plusieurs avantages. Ces avantages concernent l'anonymat des participants, la rapidité d'administration, l'accès quasi immédiat aux calculs, la possibilité d'aborder plusieurs aspects à la fois et la facilité de traitement des informations recueillies (Delhomme & Meyer, 2002). En référence aux travaux antérieurs, aux avantages du questionnaire évoqués et à notre objectif de recherche qui est celui d'étudier l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire pour collecter les données de cette étude.

4.6.2. Elaboration de l'instrument de collecte des données

Dans cette étude, le questionnaire a été élaboré dans le but de recueillir des informations auprès des conducteurs de mototaxis, afin d'étudier l'effet des croyances chrétiennes sur la prise de risque. Ce questionnaire est constitué de quatre parties : une note introductive à l'attention des participants, un texte d'amorçage (pour les groupes

expérimentaux), des items de l'échelle de Goggin (2007), des items issus des dimensions de la théorie du comportement planifié sur la prise de risque routière et des facteurs sociodémographiques.

➤ **Note introductive**

La note introductive est formulée de la manière suivante:

« Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de master portant sur les comportements des motos taximen, nous aimerions avoir votre contribution à la réalisation de cette étude en répondant à ce questionnaire. La sincérité de vos réponses est souhaitée. Aucune réponse n'est vraie ni fausse. Nous vous garantissons également que l'anonymat et la confidentialité totale de vos réponses seront préservés conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les enquêtes statistiques et les recensements au Cameroun. ».

➤ **Textes d'amorçages**

Pour le groupe expérimental dans lequel nous avons activé les croyances chrétiennes, le texte d'amorçage est libellé comme suit :

«Une étude du Pr Zinga (2020) montre que les conducteurs des motos taxis qui croient en Dieu, qui utilisent les objets de piété (Chapelets, crucifix, effigies de saints, les versets bibliques, etc.) et pratiquent les rituelles (Ablutions, scarifications, bénédictions, prières, etc.) sont protégés des accidents même s'ils adoptent des comportements dangereux sur la route lorsqu'ils conduisent. Des statistiques récentes montrent que 95% de ces conducteurs s'en sortent sains et saufs lorsqu'ils circulent entre les voitures, conduisent sans casque de sécurité, surchargent, boivent de l'alcool au guidon et conduisent à une vitesse excessive.».

Pour le groupe contrôle dans lequel nous activons la non croyances chrétiennes, le texte d'amorçage est libellé comme suit :

«Une étude menée par le Ministère des transports montre que les motos taximen sont les principaux responsables de l'augmentation constante des accidents de la route en raison des comportements dangereux (excès de vitesse, non port du casque, consommation de l'alcool, surcharge, etc.) qu'ils adoptent sur la route. Selon cette étude, ceux qui croient en Dieu, et pratiquent les rituelles pour se protéger (en priant, en utilisant les chapelets, les photos des saints et les crucifix, en recevant des bénédictions, etc.) sont impliqués dans 90% des accidents de la route lorsqu'ils prennent des risques en conduisant. Les projections faites par rapport à ces motos taximen montrent que ceux qui n'abandonnent pas ces croyances

irrationnelles et continuent de se comporter dangereusement sur la route, seront victimes d'un accident un jour ou l'autre».

Dans le groupe neutre, les participants n'étaient soumis à aucun texte d'amorçage et remplissaient directement le questionnaire.

➤ **Echelle des croyances religieuses**

L'échelle des croyances religieuses (AGLOC-A) de Goggin et al. (2007) est constituée de 12 items repartis en deux facteurs : croyance en Dieu et donc, à son contrôle sur nos actes et la fréquence de la consommation d'alcool. Nous avons utilisé cette échelle à deux facteurs parce qu'elle a été appliquée à plusieurs recherches (Sharp et al., 1997 ; Nguetsa, 2012). En plus, les résultats de sa validité montrent qu'elle est un instrument cognitif psychométriquement solide. Aussi, cette échelle a été testée sur des populations afro américaines qui sont très proches de celles africaines et camerounaises. Nous avons adapté cette échelle à notre étude, notamment pour la mesure des croyances chrétiennes. Voici quelques exemples d'items : Dieu participe à ma décision de ne pas boire .75 ; Dieu joue un rôle dans l'augmentation ou la baisse de ma consommation d'alcool .70 ; Dieu m'aide à ne pas boire quand j'ai beaucoup de problèmes .83 ; Dieu joue un rôle pour que je diminue ma consommation ou alors j'arrête .74. Les participants devaient répondre aux items sur une échelle de Likert allant de 1(pas du tout d'accord) à 5(tout à fait d'accord).

➤ **Items issus des dimensions de la théorie du comportement planifié mesurant la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis**

Cette partie de notre questionnaire est constituée des items issus des dimensions de la Théorie du Comportement Planifié de Ajzen (1991) mesurant la prise de risque routière. Sa construction a obéi aux différentes recommandations formulées par Ajzen (2010 ; 2011). Nous avons formulé pour chaque dimension (attitudes, normes injonctives, normes descriptives, contrôle comportemental) les items en relation avec les deux indicateurs de la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis (non port du casque et la consommation d'alcool). Les réponses données par les participants sur les items étaient basées sur une échelle de type Likert allant de 1(pas du tout d'accord) à 5(tout à fait d'accord). Ces différentes réponses renseignent sur le niveau de prise de risque par le participant. Ainsi, nous avons obtenu les formulations suivantes :

Le facteur attitude comprend 8 items (Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q11). Ce facteur permet de formuler les items sur le port du casque (exemple d'item : pour moi, il est important de porter le casque en conduisant) et les items sur l'interdiction de boire de l'alcool (exemple d'item : pour moi, il est important de respecter l'interdiction de boire de l'alcool).

Le facteur normes subjectives est constitué de 12 items. Les items formulés correspondant aux normes injonctives avec 6 items (Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17). Ce facteur nous a permis de formuler les items sur le port du casque (exemple d'item : mes collègues pensent que je devrais porter le casque en conduisant) et les items sur l'interdiction de boire de l'alcool (exemple d'item : mes collègues pensent que je devrais respecter l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant). Les normes descriptives ont aussi 6 items (Q18, Q19, Q20, Q21, Q22, Q23) qui se présentent de la manière ci-après : item sur le port du casque (exemple d'item : la plupart de mes collègues portent le casque en conduisant) et item sur l'interdiction de boire de l'alcool (exemple d'item : la plupart de mes collègues respectent l'interdiction de boire de l'alcool).

Le facteur contrôle comportemental perçu comporte 2 items (Q24, Q25). Ce facteur nous a permis de formuler les items sur le port du casque (exemple d'item : face à un trafic dense et un danger de collision sur la route, il serait facile pour moi de réagir de manière appropriée même si je ne porte pas le casque en conduisant) et l'item sur la consommation d'alcool (exemple d'item : face à un danger de collision et dans un moment d'inattention, il serait facile pour moi de réagir de manière appropriée même si je bois de l'alcool en conduisant).

Le facteur intention correspond à 6 items (Q26, Q27, Q28, Q29, Q30, Q31). Ce facteur nous a permis de formuler les items sur le port du casque (exemple d'item : j'ai l'intention de respecter le port du casque lors de mes prochains déplacements) et les items sur l'interdiction de boire de l'alcool (exemple d'item : j'ai l'intention de respecter l'interdiction de boire de l'alcool au guidon lors de mes prochains déplacements).

➤ **Caractéristiques sociodémographiques des participants**

Certains travaux (Ragot & Munduteguy, 2005 ; Brick et al., 2012 ; Ndjiepmo, 2008) établissent une relation entre les caractéristiques sociodémographiques et la prise de risque d'une part, (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018) et un effet de ces dernières sur les croyances religieuses d'autre part. En référence à ces travaux, les caractéristiques sociodémographiques retenues dans le cadre de ce travail portent sur : l'âge, le niveau d'instruction, le nombre d'années d'expérience et l'appartenance religieuse. Le sexe

n'a pas été retenu parce que de manière empirique, il est très rare de voir une femme conduire une moto dans la ville de Yaoundé.

4.6. 3. Pré-test et validation du questionnaire

Dans ce travail de recherche, le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test et a été validé. En effet, le pré-test est une étape importante dans le processus de validation d'un instrument de collecte des données. Le pré-test permet au chercheur de savoir si l'outil de collecte utilisé mesure effectivement l'information recherchée ou l'information qu'il est sensé mesurer. Le pré-test permet d'évaluer la clarté et l'applicabilité de l'instrument (Mvessomba, 2013).

Le pré-test de notre outil de collecte a eu lieu le 07 juillet 2021 auprès de 20 conducteurs de mototaxis de Nkozoa dans l'arrondissement de Soa, Département de la Mefou et Afamba, Région du Centre. Ces conducteurs présentaient presque les mêmes caractéristiques que les participants de notre échantillon. Pour avoir des questionnaires remplis, nous nous sommes adressé à ces motos taximen parfois sur leurs lieux de travail, parfois nous sommes passé par certains motos taximen qui sollicitaient leurs collègues. Après cette phase de présentation, ceux qui se montraient volontaires remplissaient le questionnaire pendant leur pause. Avant le remplissage, nous leur remettions un crayon, une gomme et un sous-main. Au terme de cette étape, nous nous étions rendu compte que les participants avaient répondu à toutes les questions en respectant les différentes consignes. Toutefois, ils avaient mentionné que le questionnaire était trop long et qu'ils avaient l'impression que les questions se répétaient. Pour répondre à cette préoccupation des motos taximen, nous leur avons dit que ce sont la théorie et la méthode de notre étude qui nous l'imposaient.

L'Alpha de Cronbach a été utilisé pour tester la cohérence interne entre les items. Cette analyse de la cohérence interne est une condition nécessaire de l'homogénéité de l'échelle. Dans le cadre de cette étude, deux échelles ont été utilisées. Les résultats obtenus après le calcul de l'Alpha de Cronbach pour chacune des deux échelles sont présentés dans les tableaux suivants :

Tableau 5*Résultats du calcul de l'Alpha de Cronbach des dimensions de l'échelle de la TCP*

Statistiques de fiabilité		
	Alpha de Cronbach	Nombres d'éléments
Sous échelle attitudes	.705	08
Sous échelle normes injonctives	.760	06
Sous échelle normes descriptives	.740	06
Sous échelle contrôle comportemental perçu	.780	02
Sous échelle intention	.816	06

Le tableau 5 présente l'Alpha de Cronbach des sous échelles de l'échelle inspirée de la théorie du comportement planifié. Il en ressort que, l'alpha de la sous échelle attitude est 0,705 ; celui de la sous échelle normes injonctives est de 0,760 ; celui de la sous échelle normes descriptives est de 0,740 ; celui du contrôle comportemental perçu est de ,780 et celui de l'intention est de 0,816. Ces différentes valeurs de l'alpha pour chacune des sous-échelles sont supérieures à la valeur normale de $\alpha = 0,7$. Par rapport à ces résultats, nous pouvons estimer que cette échelle a une cohérence interne satisfaisante.

Tableau 6

Résultats du calcul de l'Alpha de Cronbach des dimensions de l'échelle des croyances chrétienne.

Statistiques de fiabilité		
	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
Sous échelle de la croyance en Dieu	,818	16
Sous échelle des pratiques rituelles	,826	32

Le tableau 6 présente l'Alpha de Cronbach de l'échelle des croyances chrétiennes. Il en ressort que, l'Alpha de Cronbach de la sous-échelle croyance en Dieu est de 0,818 et celui de la sous-échelle pratiques rituelles est de 0,826. Ces différentes valeurs de l'Alpha de Cronbach pour chacune des sous-échelles sont supérieures à la valeur normale ($\alpha = 0,7$). Par rapport à ce résultat, nous pouvons estimer que cette échelle a une cohérence interne satisfaisante.

4. 7. Procédure de collecte des données

La passation du questionnaire a eu lieu du 12 au 18 Juillet 2021 dans trois arrondissements de la ville de Yaoundé, notamment Yaoundé 4, Yaoundé 6 et Yaoundé 7, lors des réunions des Associations des mototaxis. Elle s'est effectuée sur plusieurs jours parce qu'il fallait tenir compte des différents jours et lieux de réunions et du moment propice pendant lequel les motos taximen devaient être disponibles pour remplir les questionnaires. Avant la phase de la collecte de données, nous appelions la veille les présidents d'associations

pour connaître l'heure et le lieu des réunions. Cet entretien nous permettait de négocier le temps pour l'administration du questionnaire (45min en moyenne nous étaient accordées). Après un bref entretien (présentation en tant qu'étudiant et la raison pour laquelle nous sollicitons leurs services) avec ces conducteurs de mototaxis, nous prenions rendez-vous pour l'administration du questionnaire.

Le jour fixé pour l'administration du questionnaire, nous sélectionnions les participants en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion évoqués dans la section 4. 2. Après cette sélection, chaque participant retenu tirait au sort un numéro (1, 2 ou 3) et en fonction de ce numéro, un questionnaire lui était attribué ainsi qu'un sous-main et un crayon. Les participants qui avaient tiré le numéro 1 obtenaient le questionnaire dont le texte d'amorçage permettait d'activer les croyances chrétiennes, ceux ayant tiré le numéro 2 avaient le questionnaire dont le texte d'amorçage permettait d'activer la non croyances chrétiennes et ceux ayant tiré le numéro 3 obtenaient le questionnaire dans lequel aucun texte d'amorçage ne figurait. Le questionnaire était administré en groupe. Les participants étaient priés de remplir le questionnaire à l'endroit où ils se trouvaient soit debout soit assis et sans communiquer entre eux. Il leur était précisé de lire attentivement les consignes avant de répondre aux différentes questions. Pour les groupes expérimentaux, la consigne consistait à commencer par la lecture de la note introductive et des textes d'amorçage et pour le groupe contrôle, il fallait lire la note introductive et remplir uniquement le questionnaire. A la fin de la passation, nous avons fait un débriefing et tous les participants étaient remerciés d'avoir participé.

4. 8. Présentation de l'outil de traitement statistique

Pour le traitement statistique des données que nous avons recueillies, nous avons utilisé l'ANOVA qui est un test paramétrique qui permet de comparer plus de deux moyennes (Mvessomba, 2013). Ce test est dit paramétrique parce qu'il est une procédure de décision entre deux hypothèses (hypothèses nulle et hypothèse alternative). Plus précisément, elle permet de savoir si la variabilité observée dans les données est due au hasard ou s'il existe effectivement des différences significatives entre les groupes, imputables au facteur. L'ANOVA utilisée dans cette étude est l'ANOVA à un facteur parce que notre étude a une seule variable indépendante ou facteur et l'objectif est de vérifier si des variations ou des niveaux différents de notre variable indépendante ont un effet mesurable sur notre variable dépendante. Elle nous a permis de vérifier l'effet de la croyance en Dieu et des pratiques rituelles sur les dimensions permettant de mesurer la prise de risque chez les conducteurs de

mototaxis. Ce test étant robuste de par les calculs à effectuer, nous avons traité les données recueillies par le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 20.0.

4. 9. Difficultés rencontrées

Pour parvenir à la collecte des données de cette étude, nous avons fait face à deux types de difficultés : la première, renvoie au fait de trouver les conducteurs de mototaxis en dehors de leurs lieux de travail et qui acceptent de renseigner notre questionnaire parce qu'ils étaient méfiants malgré les assurances que nous leur avons données dans la note introductive qui était au début du questionnaire et la seconde concerne le temps alloué au remplissage du questionnaire.

Une fois que certains conducteurs de mototaxis donnaient leur accord, une autre difficulté se présentait. Celle-ci était relative au fait de trouver un temps propice pour passer le questionnaire. A ce niveau, il fallait être persévérant dans la mesure où, les rendez-vous que l'on se fixait n'étaient pas toujours honorés. Lorsque le rendez-vous était respecté, c'est le temps alloué au remplissage du questionnaire qui posait problème (il était très limité 45 min). Le questionnaire était administré pendant les pauses et les réunions des associations de conducteurs de mototaxis et à ces périodes, les motos taximen s'activaient le plus souvent à la recherche de ce qu'ils devaient manger.

Ce chapitre était consacré à la présentation des principaux éléments sur lesquels s'est fondée l'approche méthodologique de notre étude (le site de l'étude, les participants, les variables, les hypothèses, l'instrument de collecte des données, etc.). Nous avons recouru au questionnaire composé des textes d'amorçage, de l'échelle des croyances religieuses de Goggin (2005) et des items issus de la TCP servant à mesurer la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Les données recueillies ont été analysées par l'ANOVA. Les résultats obtenus feront l'objet d'une présentation et d'une analyse dans le prochain chapitre.

CHAPITRE CINQUIÈME: PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans le présent chapitre, nous allons insister sur les résultats obtenus à partir des différents traitements statistiques effectués. Il s'articule autour de deux principales parties: l'analyse des facteurs secondaires et celle des facteurs principaux. Dans la première partie, il s'agira du traitement des facteurs âge, niveau d'instruction, année d'expérience et appartenance religieuse qui sont des facteurs sociodémographiques retenus dans le cadre de cette présentation. Dans la seconde partie, il s'agira du traitement des facteurs qui nous ont permis de formuler nos hypothèses (croyance en Dieu et pratiques rituelles). De même, la présentation des résultats de cette étude prendra en compte deux types d'analyse : une analyse descriptive et une analyse inférentielle (Mvessomba, 2013). La première nous permettra de donner la physionomie de l'ensemble de nos données et se présentera sous forme de tableaux. La seconde quant à elle, nous permettra de tester nos hypothèses. Elle s'effectuera à travers l'ANOVA à un facteur.

5.1.1. Facteurs secondaires et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis

5.1.1.1. Age et prise de risque

Tableau 7

Variation des dimensions de la prise de risque en fonction de l'âge

	Age					
	[14-24 ans]		[25- 35 ans]		[36-50 ans]	
	M	ET	M	ET	M	ET
Attitudes	4.44	0.633	4.36	0.696	4.36	0.920
Normes injonctives	4.35	0.454	4.20	0.604	4.26	0.769
Normes descriptives	4.29	0.477	4.22	0.609	4.05	1.063
Contrôle comportemental perçu	4.24	0.930	4.01	1.473	3.63	1.322
Intention	4.47	1.469	4.29	0.899	4.06	0.969
Moyennes générales	4.35	0.796	4.21	0.856	4.07	1.00

Note : M= moyenne ; ET= Ecart-Type

Le tableau 7 présente les moyennes sur les cinq dimensions (mesurant la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis). De manière générale, les participants dans l'ensemble ont tendance à respecter les mesures de sécurité routières ($M > 2,5$) qui suggèrent de porter le casque et de ne pas boire de l'alcool en conduisant. Cependant, cette tendance varie en fonction de l'âge. De manière spécifique, les participants âgés de 14 à 24 ans ($M=4,35$; $ET=0,796$) et ceux âgés de 25 à 35 ans ($M=4,21$; $ET=0,856$) ont tendance à moins respecter comparativement aux participants âgés de 36 à 50 ans ($M=4,07$; $ET=1,00$). En effet, en ce qui concerne les attitudes vis-à-vis du port du casque et de la non consommation de l'alcool en conduisant, les participants âgés entre 36 et 50 ans ($M=4,36$; $ET=0,920$) et ceux âgés entre 25 et 35 ans ($M=4,36$; $ET=0,693$) semblent avoir moins d'attitudes favorables au port du casque et à la non consommation d'alcool en conduisant comparativement aux participants âgés de 14 à 24 ans ($M=4,44$; $ET=0,633$). Pour ce qui est des normes injonctives, il apparaît que les participants de 25 à 35 ans ($M=4,20$; $ET=0,604$) et ceux de 36 à 50 ans ($M=4,26$; $ET=0,769$) semblent estimer que leurs collègues approuvent moins le port du casque et la non consommation d'alcool comparativement aux participants dont l'âge est compris entre 14 et 24 ans ($M=4,35$; $ET=0,454$).

Au niveau des normes descriptives, il ressort que les participants de 25 à 35 ans ($M=4,22$; $ET=0,609$) et ceux de 36 à 50 ans ($M=4,05$; $ET=1,063$) semblent estimer que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) ne respectent pas toujours le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool lorsqu'ils conduisent contrairement aux participants âgés de 14 à 24 ans ($M=4,29$; $ET=0,477$). Les résultats sur la perception du contrôle liée au port du casque et à l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant montrent que les participants âgés de 24 à 35 ans ($M=4,01$; $ET=1,473$) et ceux âgés de 36 à 50 ans ($M=3,63$; $ET=1,422$) semblent percevoir qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de ne pas consommer de l'alcool lorsqu'ils conduisent comparativement aux participants âgés entre 14 à 24 ans ($M=4,24$; $ET=0,930$). Au niveau de l'intention, les participants ayant de 25 à 35 ans ($M=4,29$; $ET=0,899$) et ceux âgés entre 36 à 50 ans ($M=4,06$; $ET=0,969$) semblent avoir une moindre volonté de porter le casque et de ne pas boire de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant de 14 à 24 ans ($M=4,47$; $ET=1,469$). Ces résultats montrent que les moyennes entre les catégories d'âge sont différentes mais, ils ne montrent pas si ces différences sont statistiquement réelles.

Tableau 8

Comparaison de moyennes des dimensions de la prise de risque chez les participants en fonction de l'âge

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Age	Attitude	12,746	3	5,698	8,424	,057
	Norme injonctive	10,900	3	3,633	12,871	,010
	Norme descriptive	21,26	3	7,087	12,087	,014
	Intention	28,621	3	9,540	6,918	,007
	Contrôle comportemental perçu	51,23	3	12,754	12,754	,000

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 8 présente les résultats issus des comparaisons des moyennes obtenues par les participants appartenant aux trois tranches d'âge. Ces résultats laissent transparaître une différence significative au niveau des normes injonctives ($F_{(3,96)} = 12,871 ; p=010$), des normes descriptives ($F_{(3,96)} = 12,087 ; p=014$) du contrôle comportemental perçu ($F_{(3,96)} = 12,754 ; p=000$) et de l'intention ($F_{(3,96)} = 6,918 ; p=007$). Cela signifie premièrement que les participants ayant de 25 à 35 ans et ceux ayant de 36 à 50 ans estiment que leurs collègues, amis et parents approuvent moins le port du casque et l'interdiction de ne pas boire de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant de 14 à 24 ans. Deuxièmement, les participants ayant de 25 à 35 ans et ceux ayant de 36 à 50 ans estiment que leurs collègues, amis et parents ne respectent pas le port du casque et l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant de 14 à 24 ans. Troisièmement, les participants ayant de 25 à 35 ans et ceux ayant de 36 à 50 ans ont moins l'intention de porter le casque et de ne pas boire de l'alcool en conduisant lors de leurs prochains déplacements comparativement aux participants ayant de 14 à 24 ans.

5.1.1.2. Niveau d'instruction et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis

Tableau 9

Variation des dimensions de la prise de risque en fonction du niveau d'instruction

		Niveau d'instruction			
		Primaire	Secondaire	Supérieur	Non Scolarisé

	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
Attitude	4,46	0,399	4,40	0,700	4,12	0,781	4,50	0,754
Normes injonctives	4,18	0,368	4,38	0,720	4,24	0,553	4,20	0,797
Normes descriptives	4,15	0,357	4,40	0,699	3,81	0,938	4,38	0,863
Contrôle comportemental	4,73	0,432	4,04	1,078	3,72	1,335	4,30	1,026
Perçu								
Intention	4,43	0,568	4,50	1,631	3,68	0,846	4,16	0,846
Moyennes générales	4,39	0,424	4,34	0,965	3,91	0,890	4,30	0,857

Note : M= moyenne ; ET= Ecart-Type

Le tableau 9 présente les moyennes sur les cinq dimensions (mesurant la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis). De manière générale, les participants dans l'ensemble ont tendance à respecter les mesures de sécurité routières ($M > 2,5$) qui suggèrent le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. De manière spécifique, les participants ayant un niveau supérieur ($M=3,91$, $ET=0,890$) et ceux non scolarisés ($M=4,30$, $ET=0,857$) ont tendance à moins les respecter par rapport à ceux ayant un niveau primaire ($M=4,39$; $ET=0,424$) et ceux ayant un niveau secondaire ($M=4,34$; $ET=0,965$). En effet, en ce qui concerne les normes injonctives relatives au port casque et la non consommation de l'alcool en conduisant, les participants ayant un niveau primaire ($M=4,18$, ; $ET=0,368$) semblent estimer que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et la non consommation de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant un niveau secondaire ($M=4,38$; $ET=0,720$), ceux ayant un niveau supérieur ($M=4,24$; $ET=0,553$) et ceux non scolarisés ($M=4,20$; $ET=0,797$). De même, pour ce qui est des normes descriptives les participants ayant un niveau supérieur ($M=3,81$; $ET=0,938$) semblent estimer que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) ne font pas toujours usage du casque et boivent de l'alcool en conduisant contrairement aux participants ayant un niveau secondaire ($M=4,40$; $ET=0,699$), ceux non scolarisés ($M=4,38$; $ET=0,863$) et ceux ayant un niveau primaire ($M=4,15$; $ET=0,357$).

Cependant en ce qui concerne les attitudes vis-à-vis du port du casque, les participants ayant un niveau supérieur ($M=4,12$; $ET=0,781$), ceux ayant un niveau secondaire ($M=4,40$;

ET= 0,700) et ceux ayant un niveau primaire (M= 4,46 ; ET=0,399) semblent trouver qu'il est moins important pour eux de porter le casque et de ne pas boire de l'alcool en conduisant par rapport aux participants non scolarisés (M= 4,50 ; ET=0,754) qui eux, trouvent indispensable de porter le casque et de ne pas boire de l'alcool en conduisant. Au niveau de la dimension contrôle comportemental perçu, les participants ayant un niveau supérieur (M=3,72 ; ET=1,335) ; ceux ayant un niveau secondaire (M= 4,04 ; ET=0,699) et ceux non scolarisés (M= 4,30 ; ET=1,026) semblent percevoir qu'il est difficile de porter le casque et de ne pas boire en conduisant comparativement à ceux du niveau primaire (M=4,73 ; ET=0,432). Les participants ayant un niveau secondaire (M=4,50 ; ET=1,631), ceux ayant un niveau primaire (M= 4,43 ; ET=0,568) et ceux non scolarisés (M= 4,16 ; ET=0,846) semblent avoir plus l'intention de porter le casque et de ne pas consommer de l'alcool lors de leurs prochains déplacements comparativement à ceux du niveau supérieur (M=3,68 ; ET=0,846). Ces résultats montrent que les moyennes obtenues par les participants en fonction de leur niveau d'instruction sont différentes mais, ils ne montrent pas si ces différences sont réelles en terme statistique.

Tableau 10

Comparaison de moyennes des dimensions de la prise de risque chez les participants en fonction du niveau d'instruction

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Significatio n
Niveau d'instruction	Attitudes	26,015	3	8,672	14,841	,096
	normes injonctives	17,719	3	5,906	19,795	,079
	normes descriptives	39,046	3	13,405	24,030	,087
	Intention	78,472	3	26,157	30,292	,159
	contrôle comportemental perçu	259,733	3	86,577	91,287	,000

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 10 présente les résultats issus des comparaisons des moyennes obtenues par les participants sur les dimensions mesurant la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Ces résultats laissent entrevoir qu'il y a une différence significative seulement au niveau de l'intention ($F_{(3,96)} = 30,292 ; p = 0,159$). Cela signifie que les participants ayant un niveau supérieur n'ont pas l'intention de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant un niveau secondaire ; ceux ayant un niveau primaire et ceux non scolarisés.

5.1.1.3. Année d'expérience et prise de risque au travail

Tableau 11

Variation des dimensions de la prise de risque en fonction des années d'expérience

	Année d'expérience					
	[0-5 ans]		[6- 10 ans]		[11-15 ans]	
	M	ET	M	ET	M	ET
Attitudes	4,36	0,695	4,44	0,713	4,30	0,669
Normes injonctives	4,37	0,540	4,34	0,527	4,08	0,889
Normes descriptives	4,37	0,619	4,26	0,699	4,04	1,023
Contrôle comportemental perçu	4,00	1,321	4,08	1,248	3,79	1,468
Intention	4,27	0,840	4,37	0,861	4,15	1,967
Moyennes générales	4,27	0,803	4,29	0,809	4,06	1,203

Note : M= moyenne ; ET= Écart-Type

Le tableau 11 présente les moyennes sur les cinq dimensions (mesurant la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis). De manière générale, les participants dans l'ensemble ont tendance à respecter les mesures de sécurité routières ($M > 2,5$) qui suggèrent de porter le casque et de ne pas consommer de l'alcool en conduisant. Cette tendance varie en fonction des années d'expérience des participants. De manière spécifique, les participants ayant de 11 à 15 ans d'expérience ($M=4,06$; $ET=1,203$) ont tendance à moins les respecter par rapport à ceux ayant de 0 à 5ans d'expérience ($M=4,27$; $ET=0,803$) et à ceux ayant de 6 à 10 ans d'expérience ($M=4,29$, $ET=0,809$). Au niveau des normes injonctives et descriptives, les participants ayant de 11 à 15 ans d'expérience ($M=4,08$. ; $ET=0.889$) semblent estimer non seulement que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant également, conduisent sans toujours porter le casque et respecter l'interdiction de consommer de l'alcool ($M=4,04$. ; $ET=1,023$) comparativement à ceux ayant de 6 à 10 ans d'expérience ($M=4,34$; $ET=0,527$) et à ceux ayant de 0 à 5 ans d'expérience ($M=4,37$; $ET=0.540$) qui eux, semblent estimer non seulement que leurs collègues approuvent plus le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant mais

aussi, font très souvent usage du casque et ne consomment pas de l'alcool en conduisant (M=4,26 ; ET=0,699; M=4,37 ; ET=0,619). Sur la dimension intention, les participants ayant de 11 à 15 ans d'expérience (M=4,15 ; ET=1,967) semblent avoir moins l'intention de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant de 0 à 5 ans d'expérience (M=4,27 ; ET=0,840) et ceux ayant de 6 à 10 ans d'expérience (M=4,37 ; ET=0,861).

Cependant, les participants ayant de 11 à 15 ans d'expérience (M=4,30 ; ET=0,669) et ceux ayant de 0 à 5 ans d'expérience (M=4,36 ; ET=0,695) semblent trouver qu'il est moins indispensable de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant de 6 à 10 ans d'expérience (M=4,44 ; ET=0,713). Sur la dimension contrôle comportemental perçu, les résultats montrent plutôt que les participants ayant de 11 à 15 ans d'expérience (M=3,79 ; ET=1,468) semblent percevoir qu'il est difficile de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant de 0 à 5 ans d'expérience (M= 4,00; ET=1,321) et ceux ayant de 6 à 10 ans d'expérience (M=4,08 ; ET=1,248). Ces résultats montrent que les moyennes obtenues par les participants suivant leurs années d'expérience sont différentes mais, ils ne montrent pas si ces différences sont statistiquement réelles.

Tableau 12

Comparaison de moyennes des dimensions de la prise de risque chez les participants en fonction des années d'expérience

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Année d'expérience	Attitude	2,272	2	1,136	3,063	,368
	Normes injonctives	3,791	2	1,895	4,459	,089
	Normes descriptives	2,470	2	1,235	2,437	,404
	Intention	9,496	2	4,748	3,576	,180
	Contrôle comportemental perçu	7,279	2	3,64	1,684	,651

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 12 présente les résultats issus des comparaisons des moyennes obtenues par les participants sur les dimensions mesurant la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Ces résultats montrent que les différences sont significatives seulement au niveau des normes injonctives ($F_{(2,97)} = 4,459 ; p=,089$). Cela signifie que les participants ayant de 11

à 15 ans d'expérience semblent estimer que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant de 6 à 10 ans d'expérience et ceux ayant de 0 à 5 ans d'expérience.

5.1.1.4. Appartenance religieuse et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis

Tableau 13

Variation des dimensions de la prise de risque en fonction de l'appartenance religieuse

	Appartenance religieuse							
	Catholique		Protestante		Musulmane		Traditionnelle	
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
Attitude	4,44	0,662	4,49	0,500	4,24	0,856	4,35	0,522
Normes injonctives	4,42	0,459	4,31	0,523	4,11	0,740	4,13	0,441
Normes descriptives	4,41	0,501	4,20	0,559	4,22	0,665	4,18	0,696
Contrôle comportemental	4,28	0,998	4,35	0,602	3,23	1,814	4,72	0,820
Perçu								
Intention	4,41	1,472	4,22	0,732	4,13	0,946	4,49	0,696
Moyennes générale	4,39	0,818	4,31	0,599	3,98	1,004	4,37	0,857

Note : M= moyenne ; ET= Ecart-Type

Le tableau 13 présente les moyennes sur les cinq dimensions (mesurant la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis). De manière générale, les participants dans l'ensemble ont tendance à respecter les mesures de sécurité routières ($M > 2,5$) qui suggèrent de porter le casque et de ne pas consommer de l'alcool en conduisant. Cette tendance varie en fonction de l'appartenance religieuse des participants. De manière spécifique, les participants d'appartenance religieuse musulmane ($M=3,98$; $ET=1,004$) ont tendance à moins les respecter par rapport à ceux d'appartenance religieuse protestante ($M=4,31$; $ET=0,599$) ; à ceux d'appartenance religieuse traditionnelle ($M=4,37$; $ET=0,857$) et à ceux d'appartenance religieuse catholique. Au niveau des normes injonctives, les participants d'appartenance

religieuse musulmane (M=4,11; ET=0,740) semblent estimer que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux d'appartenance religieuse traditionnelle (M=4,13 ; ET=0,441) ; à ceux d'appartenance religieuse protestante (M=4,20 ; ET=0,559) et à ceux d'appartenance religieuse catholique (M=4,42 ; ET=0,459). S'agissant des normes descriptives, les participants d'appartenance religieuse traditionnelle (M=4,18 ; ET=0,696) semblent estimer que les personnes importantes (collègues, amis et parents) pour eux, conduisent sans porter le casque et consomment de l'alcool en conduisant comparativement à ceux d'appartenance religieuse protestante (M=4,20 ; ET=0,559) ; à ceux d'appartenance religieuse musulmane (M=4,22 ; ET=0,665) et à ceux des participants d'appartenance religieuse catholique (M=4,41 ; ET=0,501).

Concernant la dimension contrôle comportemental perçu, les participants d'appartenance religieuse musulmane (M=3,23. ET=1,814) semblent percevoir qu'il est difficile de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux d'appartenance religieuse catholique (M=4,28 ; ET=0,998) ; à ceux d'appartenance religieuse protestante (M=4,35 ; ET=0,602) et ceux d'appartenance religieuse traditionnelle (M=4,75 ; ET=0,820). Sur la dimension intention, les participants d'appartenance religieuse musulmane (M=4,13 ; ET=0,946) semblent avoir moins l'intention de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants d'appartenance religieuse protestante (M=4,22 ; ET= 0,732) ; à ceux d'appartenance religieuse catholique (M=4,41. ET=1,472) et ceux d'appartenance religieuse traditionnelle (M=4,49 ; ET= 0,696). Ces résultats montrent que les moyennes obtenues par les participants suivant leur appartenance religieuse sont différentes mais, ils ne montrent pas si ces différences sont réelles du point de vue statistique.

Tableau 14

Comparaison de moyennes des dimensions de la prise de risque chez les participants en fonction de l'appartenance religieuse

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Appartenance religieuse	Attitude	16,717	3	4,179	8,287	,181
	Normes injonctives	15,338	3	3,834	11,10	,049
	Normes descriptives	41,451	3	10,352	18,90	,079
	Intention	44,589	3	11,147	8,45	,083

Contrôle comportemental perçu	131,993	3	33,003	47,22	,000
----------------------------------	---------	---	--------	-------	------

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 14 présente les résultats issus des comparaisons des moyennes obtenues par les participants sur les dimensions mesurant la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Ces résultats montrent que les différences ne sont significatives qu'au niveau des attitudes ($F_{(2,97)} = 8,287 ; p = ,181$). Cela signifie que les participants d'appartenance religieuse musulmane ne respectent pas le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.

Dans cette première partie, nous avons présenté les résultats issus de l'analyse des facteurs secondaires et des dimensions de la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. De manière globale, les participants les plus âgés ([25 -35 ans]) et ([36-50 ans]) ne respectent pas les mesures de sécurité routières notamment le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant, comparativement aux participants les moins âgés ([14-24 ans]). Cette tendance est perceptible au niveau des normes injonctives, descriptives et de l'intention. S'agissant du niveau d'instruction, il apparaît que les participants ayant un niveau supérieur ont tendance à moins les respecter comparativement aux participants ayant un niveau secondaire ; ceux ayant un niveau primaire et ceux non scolarisés. Cette tendance est manifeste au niveau de l'intention de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Pour ce qui est des années d'expérience, les participants ayant de 11 à 15 ans d'expérience ont tendance à moins respecter les mesures de sécurité routières comparativement aux participants ayant de 6 à 10 ans d'expérience et ceux ayant de 0 à 5 ans d'expérience. Cette tendance s'observe au niveau des normes injonctives et des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. En ce qui concerne l'appartenance religieuse, il apparaît que les participants d'appartenance religieuse musulmane ne respectent pas les mesures de sécurité routières notamment le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Cette tendance est perceptible au niveau des normes injonctives, des normes descriptives, du contrôle comportemental perçu et de l'intention.

5.2. Analyse des facteurs principaux

L'analyse des facteurs principaux a pour objectif de vérifier si les variations des moyennes sur les dimensions de la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis que nous allons obtenir dans les trois groupes seront dus à la manipulation des croyances chrétiennes. A

cet effet pour statuer sur nos hypothèses, nous allons réaliser les tests de comparaison des moyennes à travers l'analyse de la variance (ANOVA). Dans le cadre de cette recherche, l'opérationnalisation de la variable indépendante utilisée dans l'hypothèse générale telle qu'évoquée au chapitre quatrième, nous a permis de formuler deux hypothèses théoriques.

5.2.1. Croyance en Dieu et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis

Nous vérifions ici la première hypothèse spécifique selon laquelle la croyance en Dieu a un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. La vérification de cette hypothèse va s'effectuer sur quatre dimensions (attitudes, normes injonctives, normes descriptives, contrôle comportemental perçu).

L'hypothèse spécifique 1 a été formulée comme suit : les participants en situation de croyance en Dieu développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Les résultats obtenus lors de la vérification de cette hypothèse sont présentés dans les tableaux 15 et 16.

Tableau 15

Variation des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu

	Croyance en DIEU					
	GEXP1		GEXP2		GC	
	M	ET	M	ET	M	ET
Attitudes	4.15	0.542	4.50	0.873	4.50	0.629

Note : Gexp1= groupe expérimental 1 ; Gexp2= groupe expérimental 2 ; GC=groupe contrôle

Tableau 16

Comparaison des moyennes des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu

	ANOVA à 1 facteur				
	Attitude				
	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	28,339	4	7,085	15,479	,005
Intra-groupes	133.582	295	,452		

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 15 présente les moyennes obtenues par les participants des trois situations sur les attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Il en ressort que les participants en situation de croyance en Dieu ($M=4,15$; $ET=0,542$) développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu ($M=4,50$; $ET=0,873$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($M=4,50$; $ET=0,629$). Les résultats issus de l'analyse de la variance appliquée à notre première hypothèse spécifique (Tableau 16) montrent que cette différence est significative ($F_{(4, 95)}=15,479$; $p=,005$). Cela signifie que les participants chez qui nous avons activé la croyance en Dieu trouvent qu'il est moins important pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer l'alcool en conduisant comparativement à ceux chez qui nous avons activé la non croyance en Dieu et à ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations qui eux, trouvent que le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant est indispensable. Des différences ressortent aussi lorsque l'on procède à des analyses détaillées, planifiées par le test post-hoc (T2 de Tamhane). En effet, il transparait que les participants en situation de croyance en Dieu développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu ($D= -0,20$; $p=,005$; $IC= [-0,19 ; 0,15]$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($D=-0,77$; $p=,005$; $IC= [-0,24 ; 0,09]$).

Nous retenons des résultats de cette hypothèse que la croyance en Dieu a un effet sur le développement des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats confirment donc notre première hypothèse spécifique.

L'hypothèse spécifique 2 a été formulée de la manière suivante : les participants en situation de croyance en Dieu se conforment moins que les autres (participants en situation de non croyance en Dieu et les participants ne se trouvant dans aucune des deux situations) aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats relatifs au traitement statistique de cette hypothèse sont résumés dans les tableaux 17 et 18.

Tableau 17

Variation des normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu

	Croyance en Dieu					
	GEXP1		GEXP2		GC	
	M	ET	M	ET	M	ET
Normes injonctives	4.04	0.486	4.40	0.818	4.38	0.700

Note : Gexp1= groupe expérimental 1 ; Gexp2= groupe expérimental 2 ; GC=groupe contrôle

Tableau 18

Comparaison des moyennes des normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu

	ANOVA à 1 facteur				
	Normes injonctives				
	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	16,543	4	4,140	14,753	,000
Intra-groupes	107,591	295	,364		
Total	124,140	299			

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 17 présente les moyennes obtenues par les participants des trois situations sur les normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Il apparaît que les participants en situation de croyance en Dieu (M=4,04 ; ET=0,486) se conforment moins aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non croyance en Dieu (M=4.40 ; ET=0.818) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations (M=4.38 ; ET=0.700). Les résultats issus de l'analyse de la variance appliquée à notre seconde hypothèse spécifique (Tableau 18) indiquent que cette différence est significative ($F_{(4, 95)}=14,753 ; p=,000$). Cela signifie que lorsque les participants sont mis en situation de croyance en Dieu, ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux mis en situation de non croyance en Dieu et à ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations qui eux, estiment que leurs collègues, amis et parents approuvent le port du casque et le respect de

l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus lors des comparaisons par paire laissent entrevoir que les participants en situation de croyance en Dieu se conforment moins aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non croyance en Dieu ($D = -0,03$; $p = ,000$; $IC = [-0,16 ; 0,16]$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($D = -0,34$; $p = ,000$; $IC = [-0,22 ; 0,16]$).

Les résultats qui précèdent mettent en exergue l'idée selon laquelle les participants en situation de croyance en Dieu se conforment moins aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Ces résultats confirment notre deuxième hypothèse spécifique.

L'hypothèse spécifique 3 a été formulée comme suit : les participants en situation de croyance en Dieu se conforment moins aux normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Les tableaux 19 et 20 présentent les résultats relatifs au traitement statistique de cette hypothèse.

Tableau 19

Variation des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu

	Croyance en Dieu					
	GEXP1		GEXP2		GC	
	M	ET	M	ET	M	ET
Normes descriptives	3.97	0.614	4.36	0.930	4.29	0.600

Note : Gexp1 = groupe expérimental 1 ; Gexp2 = groupe expérimental 2 ; GC = groupe contrôle

Tableau 20

Comparaison des moyennes des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu

ANOVA à 1 facteur
Normes descriptives

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	41,255	4	10,884	21,466	,000
Intra-groupes	138,194	295	,468		
Total	179,450	299			

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 19 présente les moyennes obtenues par les participants des trois situations sur les normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Il en ressort que les participants en situation de croyance en Dieu ($M=3,97$; $ET=0,614$) se conforment moins aux normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non croyance en Dieu ($M=4,36$; $ET=0,930$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($M=4,29$; $ET= 0,600$). Les résultats issus de l'analyse de la variance appliquée à notre troisième hypothèse spécifique (Tableau 20) indique que cette différence est significative ($F_{(4, 95)}=21,466$; $p=,000$). Cela signifie que lorsque les participants croient en Dieu, ils ont tendance à se conformer à l'influence implicite des collègues, amis et parents qui ne respectent pas toujours le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux des deux autres situations (participants en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations) qui eux, ne se conforment pas à cette influence. Les résultats des comparaisons deux à deux montrent des différences significatives entre les participants en situation de croyance en Dieu, ceux en situation de non croyance en Dieu ($D= -0,061$; $p=,000$; $IC= [-0,23 ; 0,11]$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($D= -0,041$; $p=,000$; $IC= [-0,13 ; 0,21]$).

De ce qui précède, il ressort que la croyance en Dieu entraîne moins des comportements conformistes relatifs au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats confirment notre troisième hypothèse spécifique.

L'hypothèse spécifique 4 a été formulée de la manière suivante : les participants en situation de croyance en Dieu perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant contrairement à ceux des deux autres situations (participants en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations). Les tableaux 21 et 22 présentent les résultats relatifs au traitement statistique de cette hypothèse.

Tableau 21

Variation du contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu

	Croyance en Dieu					
	GEXP1		GEXP2		GC	
	M	ET	M	ET	M	ET
CCP	3,77	1,102	4,13	1,534	4,08	1,273

Note : Gexp1= groupe expérimental 1 ; Gexp2= groupe expérimental 2 ; GC=groupe contrôle ; CCP= contrôle comportemental perçu

Tableau 22

Comparaison des moyennes du contrôle comportemental perçu envers le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction de la croyance en Dieu

ANOVA à 1 facteur					
Contrôle comportemental perçu					
	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	176,856	4	44,434	36,250	,000
Intra-groupes	370,865	295	1,211		
Total	534,233	299			

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 21 présente les moyennes obtenues par les participants des trois situations sur la perception de contrôle liée au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats montrent que les participants en situation de croyance en Dieu (M=3,77 ; ET=1,102) perçoivent qu'il est difficile de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non croyance en Dieu (M=4,13 ; ET=1,534) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations (M=4,08 ; ET=1,273). Les résultats issus de l'analyse de la variance appliquée à notre quatrième hypothèse spécifique (Tableau 22) révèlent que cette différence est significative ($F_{(4, 95)} = 36,250 ; p = ,000$). Cela laisse transparaître que les participants en situation de croyance en Dieu perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants en situation de non croyance en Dieu et à ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Des différences apparaissent également lorsque l'on procède à des

comparaisons deux à deux par le biais du test post-hoc (T2 de Tamahne). En effet, les participants en situation de croyance en Dieu estiment qu'il est plus difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux en situation de non croyance en Dieu ($D=-0,33$; $p=,000$; $IC= [-0,33; 0,40]$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($D=-0,36$; $p=,000$; $IC= [-0,40 ; 0,33]$).

Nous retenons des résultats de cette hypothèse que la croyance en Dieu a un effet sur la perception du contrôle liée au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats confirment notre quatrième hypothèse spécifique.

5.2. 2. Pratiques rituelles et la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis

Nous vérifions ici la seconde hypothèse spécifique selon laquelle les pratiques rituelles ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Cette vérification va s'effectuer sur quatre dimensions (attitude, normes injonctives, normes descriptives, contrôle comportemental perçu). Cela nous amène à tester quatre hypothèses spécifiques concrètes.

Nous avons formulé l'hypothèse spécifique 1 de la manière suivante : les participants en situation de pratiques rituelles développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants des deux autres situations (ceux en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations). Les tableaux 23 et 24 présentent les résultats relatifs au traitement statistique de cette hypothèse.

Tableau 23

Variation des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles

	Pratiques rituelles					
	GEXP1		GEXP2		GC	
	M	ET	M	ET	M	ET
Attitudes	4.15	0.545	4.50	0.873	4.50	0.566

Note : Gexp1= groupe expérimental 1 ; Gexp2= groupe expérimental 2 ; GC=groupe contrôle

Tableau 24

Comparaison des moyennes des attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles

ANOVA à 1 facteur					
Attitudes					
	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	19,482	3	6,494	12,554	,000
Intra-groupes	142,440	296	,425		
Total	161,922	299			

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 23 présente les moyennes obtenues par les participants des trois situations sur les attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Il apparaît que les participants en situation de pratiques rituelles ($M=4,15$; $ET=0.545$) développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non pratiques rituelles ($M=4.50$; $ET= 0.873$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($M=4,50$; $ET=0.566$). Les résultats issus de l'analyse de la variance appliquée à notre première hypothèse spécifique (Tableau 24) montrent que cette différence est significative ($F_{(3,96)} = 12,554$; $p=,000$). Cela indique que les participants qui pratiquent les rituelles (prières et bénédictions) trouvent qu'il n'est pas toujours indispensable de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants qui ne pratiquent pas les rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations qui eux, trouvent le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant toujours important. Des différences ressortent également lorsque l'on procède à des analyses détaillées, planifiées par le test post-hoc (T2 de Tamhane). En effet, il en ressort que les participants en situation de pratiques rituelles développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non pratiques rituelles ($D= -0,077$; $p=,000$; $IC= [-0,09$; $0,24]$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($D=-0,077$; $p=,000$; $IC= [-0,24$; $0,09]$).

Nous retenons des résultats de cette hypothèse que les pratiques rituelles ont un effet sur le développement des attitudes moins favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats confirment notre première hypothèse spécifique.

L'hypothèse spécifique 2 a été formulée de la manière suivante : les participants en situation de pratiques rituelles se conforment moins aux normes injonctives relatives au port

du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les autres (participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations). Les résultats relatifs au traitement statistique de cette hypothèse sont résumés dans les tableaux 25 et 26.

Tableau 25

Variation des normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles

	Pratiques rituelles					
	GEXP1		GEXP2		GC	
	M	ET	M	ET	M	ET
Normes injonctives	4.04	0.486	4.40	0.818	4.34	0.447

Note : Gexp1= groupe expérimental 1 ; Gexp2= groupe expérimental 2 ; GC=groupe contrôle

Tableau 26

Comparaison des moyennes des normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles

ANOVA à 1 facteur					
Normes injonctives					
	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	13,999	3	4,666	16,743	,019
Intra-groupes	110,140	296	,372		
Total	124,140	299			

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 25 présente les moyennes obtenues par les participants des trois situations sur les normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Il en ressort que les participants en situation de pratiques rituelles (M=4.04; ET=0.486) se conforment moins aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non pratiques rituelles (M=4.40 ; ET=0.818) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations (M=4.34; ET=0.447). Les résultats issus de l'analyse de la variance appliquée à notre seconde hypothèse spécifique (Tableau 26) montrent que cette différence est significative ($F_{(3,96)} = 16,743 ; p = ,019$). Cela signifie que lorsque les participants pratiquent

les rituelles, ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux qui ne pratiquent pas les rituelles (prières et bénédictions) et à ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations qui eux, estiment que leurs collègues, amis et parents approuvent le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus lors des comparaisons deux à deux laissent entrevoir que les participants en situation de pratiques rituelles se conforment moins que ceux en situation de non pratiques rituelles ($D= 0,034$; $p=,000$; $IC= [-0,16 ; 0,22]$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($D=-0,003$; $p=,000$; $IC= [-0,16 ; 0,16]$).

Ces résultats mettent en évidence l'idée selon laquelle les participants en situation de pratiques rituelles se conforment moins aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Ces résultats confirment notre deuxième hypothèse spécifique.

L'hypothèse spécifique 3 a été formulée ainsi qu'il suit : les participants en situation de pratiques rituelles se conforment moins aux normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Les tableaux 27 et 28 présentent les résultats relatifs au traitement statistique de cette hypothèse.

Tableau 27

Variation des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles

	Pratiques rituelles					
	GEXP1		GEXP2		GC	
	M	ET	M	ET	M	ET
Normes descriptives	3.94	0.614	4.36	0.930	4.29	0.600

Note : Gexp1= groupe expérimental 1 ; Gexp2= groupe expérimental 2 ; GC=groupe contrôle

Tableau 28

Comparaison des moyennes des normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles

ANOVA à 1 facteur					
Normes descriptives					
	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	136,32	2	10,502	19,138	,001
Intra-groupes	132,276	296	,499		
Total	179,450	299			

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 27 présente les moyennes obtenues par les participants des trois situations sur les normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Il apparaît que les participants en situation de pratiques rituelles ($M=3.94$; $ET=0.614$) se conforment moins aux normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non pratiques rituelles ($M= 436$. $ET=0.930$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($M= 4.29$; $ET=0.600$). Les résultats issus de l'analyse de la variance appliquée à notre troisième hypothèse spécifique (Tableau 28) indiquent que cette différence est significative ($F_{(3,96)}=19,138$; $p=,001$). Cela signifie que les participants qui pratiquent les rituelles estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) ne font pas usage du casque et ne respectent pas l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus lors de la comparaison deux à deux à partir du test post-hoc (T2 de Tamhane) montrent que les participants en situation de pratiques rituelles comparativement à ceux en situation de non pratiques rituelles ($D= -0,041$; $p=,001$; $IC= [-0,21; 0,13]$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($D=-0,061$; $p=,001$; $IC= [-0,23 ; 0,11]$) estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) ne font pas usage du casque et ne respectent pas l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.

De ce qui précède, il ressort que les participants en situation de pratiques rituelles estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) ne font pas usage du casque et ne respectent pas l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à celles de ceux en situation de non pratiques rituelles et à celles de ceux ne

se trouvant dans aucune des deux situations. Ces résultats confirment notre troisième hypothèse spécifique.

L'hypothèse spécifique 4 a été formulée comme suit : les participants en situation de pratiques rituelles perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant contrairement à ceux des deux autres situations (participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations). Les tableaux 29 et 30 qui suivent présentent les résultats relatifs au traitement statistique de cette hypothèse.

Tableau 29

Variation du contrôle comportemental perçu envers le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles

	Pratiques rituelles					
	GEXP1		GEXP2		GC	
	M	ET	M	ET	M	ET
CCP	3.77	1.102	4.13	1.534	4.08	1.287

Note : Gexp1= groupe expérimental 1 ; Gexp2= groupe expérimental 2 ; GC=groupe contrôle ; CCP= contrôle comportemental perçu

Tableau 30

Comparaison des moyennes du contrôle comportemental perçu envers le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant en fonction des pratiques rituelles

ANOVA à 1 facteur					
contrôle comportemental perçu					
	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	43,311	3	14,874	8,383	,000
Intra-groupes	490,922	296	1,658		
Total	534,233	299			

Note : Ddl= degré de liberté

Le tableau 29 présente les moyennes obtenues par les participants des trois situations sur le contrôle comportemental perçu envers le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Il apparaît que les participants en situation de pratiques rituelles (M=3.77 ; ET=1.102) perçoivent qu'il est difficile de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non

pratiques rituelles ($M=4.13$; $ET=1.534$) et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($M=4.08$; $ET=1.287$). Les résultats issus de l'analyse de la variance appliquée à notre quatrième hypothèse spécifique (Tableau 30) indiquent que cette différence est significative ($F_{(3,96)}=8,383$; $p=,000$). Cela signifie que les participants qui pratiquent les rituelles perçoivent qu'il est difficile de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus lors de la comparaison deux à deux à partir du test post-hoc (T2 de Tamhane) montrent que les participants en situation de pratiques rituelles comparativement à ceux en situation de non pratiques rituelles ($D=0,036$; $p=,000$; $IC= [-0,33 ; 0,44]$) et de ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations ($D=-0,36$; $p=,000$; $IC= [-0,40 ; 0,33]$) perçoivent qu'il est difficile de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.

De ce qui précède, il ressort que les participants en situation de pratiques rituelles perçoivent qu'il est difficile de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux en situation de non pratiques rituelles et à ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Ces résultats confirment notre quatrième hypothèse spécifique.

L'objectif de ce chapitre était de présenter et d'analyser les résultats obtenus par le traitement statistique. Cette présentation et cette analyse se sont faites en deux temps : l'analyse des facteurs secondaires et l'analyse des facteurs principaux. Dans l'analyse des facteurs secondaires, les résultats ont montré que les participants les plus âgés (36 à 50 ans), les participants les plus expérimentés (11 à 15 ans), les participants ayant un niveau d'instruction supérieur et les participants d'appartenance religieuse musulmane ont tendance à moins respecter les mesures de sécurité routières qui suggèrent le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Dans l'analyse des facteurs principaux, les résultats ont permis de conclure que la croyance en Dieu et les pratiques rituelles ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Cet effet de la croyance en Dieu et des pratiques rituelles a été vérifié sur les attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer l'alcool en conduisant ; les normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant ; les normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et la perception du contrôle liée au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus de l'analyse des facteurs secondaires et des facteurs principaux seront discutés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE SIXIÈME : SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'objectif du présent chapitre est de discuter les résultats. Il s'agit d'expliquer les résultats obtenus à partir des travaux et des théories présentés dans les chapitres deuxième et troisième. L'organisation de ce chapitre s'articulera autour de deux grandes sections. La première section concerne la discussion des résultats issus de l'analyse des facteurs secondaires et la seconde section, celle des résultats issus de l'analyse des facteurs principaux.

6.1. Discussion des résultats issus de l'analyse des facteurs secondaires

Quatre facteurs secondaires ont fait l'objet d'une analyse dans le cadre de cette étude. Ces facteurs sont entre autres : l'âge, le niveau d'instruction, les années d'expérience et l'appartenance religieuse. Cette première section de notre travail est consacrée à la discussion et l'explication des résultats obtenus entre ces facteurs et la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis (non port du casque et la consommation de l'alcool en conduisant).

6.1.1. Âge et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en rapport avec le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'âge a un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis ($F_{(3,96)} = 11,158$; $p=,007$). Ces résultats montrent que plus les conducteurs de mototaxis sont âgés plus ils ont tendance à prendre des risques routiers, c'est-à-dire porter moins le casque et respecter moins l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Cette tendance est observée au niveau des normes injonctives ($F_{(3,96)} = 12,871$; $p=010$), des normes descriptives ($F_{(3,96)} = 12,087$; $p=014$), du contrôle comportemental perçu ($F_{(3,96)} = 12,754$; $p=000$) et de l'intention ($F_{(3,96)} = 6,918$; $p=007$). Ces résultats sont différents des résultats des travaux évoqués dans la réflexion théorique qui suggèrent plutôt que les jeunes surévaluent leurs compétences (dans tous les domaines) notamment face aux situations critiques et sous évaluent la dangerosité de ces situations. Cette tendance (surévaluation de ses compétences et la sous-évaluation de la dangerosité des situations) les conduit à adopter des comportements dont la finalité est l'accident (Ragot & Munduteguy, 2005). Une autre explication de la prise de risque chez les jeunes semble résider sur l'implication de la dopamine, hormone impliquée dans la motivation et les émotions. Elle semble être davantage sécrétée chez les jeunes que chez les adultes, ce qui traduit une augmentation de la prise de risque à cette période (Mvessomba et al., 2017). Les résultats de ces travaux sont différents des nôtres parce que les conducteurs de mototaxis les plus âgés sont les plus expérimentés, ils

maitrisent les routes et la conduite dans des situations dangereuses (Delhomme, 1991) parle de supériorité de soi, cette supériorité renvoie à un sentiment de maîtrise de l'environnement routier, le sentiment de supériorité de soi de ces conducteurs est relatif à la perception de l'acquisition de connaissances et d'habiletés motrices et parce qu'en dernière analyse, les conducteurs de mototaxis les plus âgés de notre recherche sont relativement jeunes car se situant entre 25 ans et 50 ans.

6.1.2. Niveau d'instruction et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en rapport avec le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

Le niveau d'instruction a un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Nos résultats laissent entrevoir qu'il y a une différence significative seulement au niveau de l'intention ($F_{(3,96)} = 30,292 ; p = 0,159$). Ces résultats montrent que plus les conducteurs de mototaxis ont un niveau d'instruction élevé, plus ils ont tendance à prendre des risques routiers, c'est-à-dire porter moins le casque et respecter moins l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats vont dans le sens contraire des recherches qui ont montré que plus le niveau d'instruction est bas, plus les conducteurs de mototaxis prennent le risque et plus ils ont un niveau d'instruction élevé, plus ils prennent moins de risques (Antunes & Cavalcanti, 2002 ; Ndjiepmo, 2008 ; Plug et al., 2003). Cette différence des résultats pourrait être due au fait que les conducteurs de mototaxis de niveau élevé de notre recherche se disent plus expérimentés du fait de leur niveau d'instruction car maitrisant le code de la route et donc pouvant facilement aller à l'encontre de celui-ci, en plus du fait qu'ils maitrisent les situations de conduites dangereuses (Delhomme, 1991) parle de supériorité de soi, leur sentiment de supériorité de soi est relatif à la perception de l'acquisition de connaissances et d'habiletés motrices.

6.1.3. Années d'expérience et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en rapport avec le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

Les années d'expérience ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis, nos résultats montrent que les différences sont significatives seulement au niveau des normes injonctives ($F_{(2,97)} = 4,459 ; p = 0,089$). Cela signifie que les participants ayant de 11 à 15 ans d'expérience semblent estimer que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants ayant de 6 à 10 ans d'expérience et ceux ayant de 0 à 5 ans d'expérience. Ces résultats indiquent que plus les

conducteurs de mototaxis sont expérimentés, plus ils prennent des risques routiers, c'est-à-dire portent moins le casque et respectent moins l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats peuvent se justifier par le fait que, les conducteurs de mototaxis les plus expérimentés maîtrisent plus les situations de conduite dangereuses et donc, sont plus enclins à prendre des risques (Delhomme, 1991) parle de supériorité de soi, cette supériorité de soi renvoie à un sentiment de maîtrise de l'environnement routier et leur sentiment de supériorité de soi est relatif à la perception de l'acquisition de connaissances et d'habiletés motrices. On peut également noter le fait que les conducteurs de mototaxis expérimentés ont soit été victimes d'un accident soit été témoins d'un accident. Ce qui les amène à avoir une probabilité d'accident plus faible que celle des conducteurs moins expérimentés. Plusieurs recherches l'ont montré (Bauge & Vigneron, 1983 ; Ragot & Munduteguy, 2005 ; Rousseau & Monteau, 1991 ; Tiffin & Mc Cormick, 1958).

6.1.4. Appartenance religieuse et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en rapport avec le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'appartenance religieuse a un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis, les résultats de notre recherche montrent que les différences ne sont significatives qu'au niveau des attitudes ($F_{(2,97)} = 8,287 ; p = ,181$). Cela signifie que les participants d'appartenance religieuse musulmane ne respectent pas le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Ngah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok et Djebi, 2018.

Dans cette première section du chapitre sixième, nous avons fait la discussion des résultats issus de l'analyse des quatre facteurs secondaires (âge, niveau d'instruction, années d'expérience et appartenance religieuse) et la prise de risque en rapport avec le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats ont montré que ces quatre facteurs influencent le comportement des conducteurs de mototaxis dans leur lieu de travail. Dans la section suivante, nous allons aborder la discussion des résultats des facteurs principaux.

6.2. Discussion des résultats issus de l'analyse des facteurs principaux

Le présent travail de recherche avait pour hypothèse générale : les croyances chrétiennes ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. L'objectif visé par cette hypothèse était de montrer qu'en contexte de travail en général et dans le secteur de la conduite des engins à deux roues en particulier, certains processus sociocognitifs

notamment les croyances chrétiennes conduisent les conducteurs de mototaxis à adopter les comportements non sécuritaires. Autrement dit, plus les participants croient en Dieu et pratiquent les rituelles précisément les prières et les bénédictions, plus ils prennent moins de précautions lorsqu'ils conduisent des mototaxis comparativement aux participants neutres (non croyants et non pratiquants) et aux participants qui ne croient pas en Dieu. Dans cette seconde section, nous apporterons des explications en convoquant des travaux dont les résultats sont en accord avec les nôtres. Il sera ainsi question de discuter cette hypothèse à partir des deux hypothèses spécifiques : la croyance en Dieu a un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis et les pratiques rituelles ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis.

6.2.1. Croyance en Dieu et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis

La première hypothèse théorique a été formulée ainsi qu'il suit : la croyance en Dieu a un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. A travers cette hypothèse théorique, l'objectif était de montrer que les participants qui croient en Dieu comparativement aux participants qui n'y croient pas et ceux qui ne croient ni en Dieu ni en aucune divinité adoptent moins des comportements sécuritaires, qui sont ici le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Cette hypothèse théorique a été vérifiée à partir de quatre hypothèses spécifiques concrètes.

6.2.1.1. Croyance en Dieu et attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

La première hypothèse spécifique a été formulée comme suit : les individus en situation de croyance en Dieu développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Cette hypothèse avait pour objectif de montrer que la croyance en Dieu a un effet sur les attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Autrement dit, plus les conducteurs de mototaxis croient en Dieu, plus ils trouvent qu'il est moins important pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant, plus ils prennent le risque. En revanche, plus les conducteurs de mototaxis ne croient pas en Dieu, plus ils trouvent qu'il est plus important pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant moins ils prennent le risque. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse. ($F_{(4, 95)} = 15,479 ; p = ,005$). Ces

résultats vont dans le sens des recherches qui ont mis en évidence l'effet des croyances sur la prise de risque en général et sur la prise de risque routière en particulier (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018).

Ces résultats sont compréhensibles lorsque l'on s'appuie sur la théorie du comportement planifié qui est couramment utilisée pour l'analyse des comportements (Zitouni & Ezzina, 2007). Cette théorie postule que l'attitude envers un comportement donné est un déterminant immédiat de l'intention et par conséquent du comportement (Ajzen, 1991). Cette théorie met également en exergue le fait que les variables individuelles affectent indirectement les intentions et le comportement au travers des attitudes (Ajzen, 1987).

Dans une première approche, on peut mentionner l'importance des attitudes à amener l'individu à avoir l'intention ou non d'adopter un comportement. Selon cette approche, lorsque l'attitude développée par un individu est défavorable ou alors moins favorable envers un comportement (par exemple le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), ce dernier aura l'intention à prendre moins de précautions pour se protéger. Par contre, lorsque l'attitude développée par un individu est favorable envers un comportement (par exemple le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), cet individu aura l'intention de prendre plus de précautions pour éviter les accidents (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018). Cela montre dans le cadre de cette étude que, le fait pour les conducteurs de mototaxis d'avoir des attitudes favorables ou défavorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant influence l'adoption de ces mesures de sécurité.

Dans une seconde approche, la croyance en Dieu affecte indirectement le comportement des individus à travers l'attitude. Ainsi, les individus qui développent des attitudes défavorables ou alors moins favorables vis-à-vis d'un comportement (par exemple le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant) ont tendance à moins adopter les mesures de sécurité. Par contre, ceux qui ne croient pas en Dieu développent des attitudes favorables vis-à-vis d'un comportement (par exemple porter le casque et respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant) et par conséquent, ont tendance à adopter davantage ces mesures de sécurité.

Ces résultats peuvent également se comprendre à partir des travaux sur le HBM qui met un accent sur le rôle des croyances dans l'explication des comportements liés à la santé ou à la sécurité. Ce modèle théorique stipule que l'adoption d'un comportement lié à la santé ou à la sécurité est fonction de six construits : vulnérabilité perçue, sévérité perçue, obstacles

perçus, bénéfiques perçus, incitateurs d'action et auto-efficacité. D'après ce postulat, si l'individu perçoit sa vulnérabilité, perçoit un problème de santé ou de sécurité comme étant grave, perçoit plus de bénéfiques que d'obstacles à adopter le comportement recommandé pour éviter les conséquences liées à ce problème et se sent capable de le réaliser, il aura davantage l'intention d'adopter le comportement recommandé. Par contre, s'il perçoit qu'il est invulnérable, perçoit que le problème de santé ou de sécurité n'est pas grave, perçoit plus d'obstacles que de bénéfiques à adopter le comportement recommandé pour éviter les conséquences liées à ce problème et ne se sent pas capable de le réaliser, il aura davantage l'intention de ne pas adopter le comportement recommandé (Atcha, 2015 ; Bilong, 2020; Etoundi, 2021 ; Gouertoumbo, 2020 ; Mvessomba et al., 2017 ; Ngah essomba, 2015 ; 2017). Cela montre dans le cadre de cette étude que les conducteurs de mototaxis qui croient en Dieu ont perçu qu'ils sont invulnérables, que le problème des accidents de la route n'est pas grave, qu'il ya plus d'obstacles que de bénéfiques à porter le casque et à respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant pour prévenir ces accidents et ils ne se sont pas sentis capables de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant par conséquent, ils ne le portent pas lorsqu'ils conduisent.

6.2.1.2. Croyance en Dieu et normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'hypothèse spécifique 2 a été formulée de la manière suivante : les participants en situation de croyance en Dieu se conforment moins que les autres (participants en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations) aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Cette hypothèse avait pour objectif de montrer que la croyance en Dieu a un effet sur les normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool par conséquent, sur la prise de risque routière. Autrement dit, plus les conducteurs de mototaxis croient en Dieu, plus ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. En revanche, plus les conducteurs de mototaxis ne croient pas en Dieu, plus ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent davantage le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse ($F_{(4, 95)} = 14,753 ; p = ,000$).

Cela signifie que lorsque les participants sont mis en situation de croyance en Dieu, ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent

moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux mis en situation de non croyance en Dieu et à ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations qui eux, estiment que leurs collègues, amis et parents approuvent le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats vont dans le sens des recherches qui ont mis en évidence l'effet des croyances sur la prise de risque en général et sur la prise de risque routière en particulier. (Atcha, 2015 ; Gouertoumbo, 2020 ; Mvessomba et al., 2017; Ngah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018). Nos résultats se rapprochent des résultats des travaux sus cités.

Ces résultats sont compréhensibles lorsque l'on s'appuie sur la théorie du comportement planifié. Cette théorie postule que la norme subjective est un déterminant immédiat de l'intention et par conséquent du comportement (Ajzen, 1991). Cette théorie relève également le fait que les variables individuelles affectent indirectement les intentions et le comportement au travers de la norme subjective (Ajzen, 1987). Cette norme subjective comprend deux aspects : la norme injonctive et la norme descriptive. Ainsi, lorsqu'un individu estime que les personnes importantes pour lui désapprouvent ou approuvent moins un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), il aura tendance à ne pas ou à moins l'adopter. Par contre, lorsqu'un individu estime que les personnes importantes pour lui approuvent un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), cet individu aura tendance à l'adopter. Cela montre dans le cadre de cette étude que, le fait pour les conducteurs de mototaxis d'estimer que leurs collègues, amis et parents approuvent ou approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant influence l'adoption de cette mesure de sécurité. De même, la croyance en Dieu affecte indirectement le comportement des individus à travers la norme injonctive. A ce niveau, les individus qui croient en Dieu estiment que leurs collègues, amis et parents approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à moins adopter ces mesures de sécurité. Par contre, ceux qui ne croient pas en Dieu estiment que les personnes importantes pour eux approuvent le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à adopter davantage ces mesures de sécurité.

6.2.1.3. Croyance en Dieu et normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'hypothèse spécifique 3 a été formulée comme suit : les participants en situation de croyance en Dieu se conforment moins aux normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que ceux en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Cette hypothèse avait pour objectif de montrer que la croyance en Dieu a un effet sur les normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant par conséquent, sur la prise de risque en général et sur la prise de risque routière en particulier. Autrement dit, plus les conducteurs de mototaxis croient en Dieu, plus ils ont tendance à se conformer à l'influence implicite des collègues, amis et parents qui ne respectent pas toujours le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. En revanche, plus les conducteurs de mototaxis ne croient pas en Dieu, moins ils ont tendance à se conformer à l'influence implicite des collègues, amis et parents qui ne respectent pas toujours le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse : ($F_{(4, 95)} = 21,466$; $p = ,000$). Cela signifie que lorsque les participants croient en Dieu, ils ont tendance à se conformer à l'influence implicite des collègues, amis et parents qui ne respectent pas toujours le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux des deux autres situations (participants en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations) qui eux, ne se conforment pas à cette influence. Ces résultats vont dans le sens des recherches qui ont mis en évidence l'effet des croyances sur la prise de risque (Ngha essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018).

Les résultats obtenus sont compréhensibles lorsque l'on s'appuie sur la théorie du comportement planifié. Cette théorie postule que la norme subjective est un déterminant immédiat de l'intention et par conséquent du comportement (Ajzen, 1991). Cette théorie relève également le fait que les variables individuelles affectent indirectement les intentions et le comportement au travers de la norme subjective (Ajzen, 1987). Ainsi, lorsqu'un individu estime que les personnes importantes pour lui adoptent moins un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant (Atcha, 2015 ; Bilong, 2020 ; Etoundi, 2021 ; Gouertoumbo, 2020 ; Mvessomba et al., 2017), il aura tendance à ne pas ou à moins l'adopter.

Par contre, lorsqu'un individu estime que les personnes importantes pour lui adoptent un comportement de manière régulière, cet individu aura tendance à l'adopter. Cela montre dans le cadre de cette étude que, le fait pour les conducteurs de mototaxis d'estimer que leurs collègues, amis et parents adoptent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de

consommer de l'alcool en conduisant influence l'adoption de cette mesure de sécurité. De même, la croyance en Dieu affecte indirectement le comportement des individus à travers la norme descriptive. A ce niveau, les individus qui croient en Dieu estiment que leurs collègues, amis et parents adoptent moins un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant) et par conséquent, ont tendance à moins adopter ces mesures de sécurité. En revanche, ceux qui ne croient pas en Dieu estiment que les personnes importantes pour eux adoptent un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant) et par conséquent, ont tendance à adopter davantage ces mesures de sécurité.

Une autre possibilité d'explication réside sur le HBM. Ce modèle théorique soutient que les incitateurs d'action sont nécessaires pour inciter à l'adoption des comportements de santé (Champion & Skinner, 2008). On peut donc comprendre que les conducteurs de mototaxis qui croient en Dieu soient moins motivés à porter le casque et à respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant parce qu'ils n'ont pas encore fait d'expérience d'accident (incitateurs internes) et que les personnes qui soient susceptibles de les amener à porter le casque et à respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant, adoptent moins cette mesure de sécurité.

6.2.1.4. Croyance en Dieu et contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'hypothèse spécifique 4 a été formulée de la manière suivante : les participants en situation de croyance en Dieu perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant contrairement à ceux des deux autres situations (participants en situation de non croyance en Dieu et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations). Cette hypothèse avait pour objectif de montrer que la croyance en Dieu a un effet sur le contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, sur la prise de risque routière. En d'autres termes, plus les conducteurs de mototaxis croient en Dieu, plus ils perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.

Par contre, plus les conducteurs de mototaxis ne croient pas en Dieu, plus ils perçoivent qu'il est facile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse ($F_{(4, 95)} = 36,250 ; p = ,000$). Cela laisse transparaître que les participants en situation de croyance en

Dieu perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants en situation de non croyance en Dieu et à ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. ($F_{(2, 42)} = 22,26$; $p = ,000$). Ces résultats vont dans le sens des travaux, des recherches qui ont mis en évidence l'effet des croyances sur la prise de risque (Ngah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018).

Pour comprendre ces résultats, nous allons recourir aux explications données par la TCP. Cette théorie postule que le contrôle comportemental perçu est un déterminant immédiat de l'intention et peut également être utilisé pour prédire directement le comportement (Ajzen, 1991). Cette théorie met également en exergue le fait que les variables individuelles affectent indirectement les intentions et le comportement au travers du contrôle comportemental (Ajzen, 1987). Dans une première approche, on peut mentionner l'importance du contrôle comportemental perçu à amener l'individu à avoir l'intention ou non d'adopter un comportement. Selon cette approche, un niveau élevé du contrôle perçu lié à un comportement chez un individu l'amène à avoir l'intention à prendre moins de précautions pour se protéger ou de ne pas adopter un comportement de protection. Par contre, un niveau faible de contrôle perçu lié à un comportement chez un individu l'amène à avoir l'intention de prendre plus de précautions pour éviter les accidents ou à adopter un comportement de protection. Cela montre dans le cadre de cette étude que, le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant est fonction du niveau (élevé ou faible) du contrôle perçu lié au port du casque et au respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les conducteurs de mototaxis croient avoir.

Dans une seconde approche, la croyance en Dieu affecte indirectement le comportement des individus à travers le contrôle comportemental perçu. Ainsi, les individus qui croient en Dieu estiment qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à moins adopter ces mesures de sécurité. Par contre, ceux qui ne croient pas en Dieu estiment qu'il est facile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à adopter davantage ces mesures de sécurité.

Les théoriciens du HBM reconnaissent que la confiance qu'a un individu en ses capacités est un facteur crucial qui conduit au changement de comportement lié à la santé (Champion & Skinner, 2008). Suivant cette idée, les conducteurs de mototaxis qui croient en Dieu ne se croient pas capables d'adopter le comportement recommandé (le port du casque et

le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant). Ce d'autant plus qu'ils semblent trouver que cette mesure de sécurité a plus d'obstacles (restriction des mouvements, lourdeur, coût élevé, perte de temps, etc.) que de bénéfices. En revanche, les conducteurs de mototaxis qui ne croient pas en Dieu estiment qu'ils sont capables de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. De même, ils estiment que le bénéfice du port du casque et du respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant est supérieur aux différents obstacles liés au port du casque.

6.2.2. Pratiques rituelles et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis

La seconde hypothèse théorique a été formulée ainsi qu'il suit : les pratiques rituelles ont un effet sur la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. A travers cette hypothèse théorique, l'objectif était de montrer que les participants en situation de pratiques rituelles (prières et bénédictions) comparativement aux participants en situation de non pratiques rituelles et ceux qui ne sont dans aucune des deux situations adoptent moins des comportements sécuritaires, qui sont ici le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Cette hypothèse théorique a été vérifiée à partir de quatre hypothèses spécifiques concrètes.

6.2.2.1. Pratiques rituelles et attitude vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'hypothèse spécifique 1 a été formulée de la manière suivante : les participants en situation de pratiques rituelles développent moins d'attitudes favorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants des deux autres situations (ceux en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations). Cette hypothèse avait pour objectif de montrer que les pratiques rituelles ont un effet sur les attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant par conséquent, sur la prise de risque en général et sur la prise de risque routière en particulier. Autrement dit, plus les conducteurs de mototaxis pratiquent les rituelles, plus ils trouvent qu'il est moins important pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant, plus ils prennent le risque.

En revanche, plus les conducteurs de mototaxis ne pratiquent pas les rituelles, plus ils trouvent qu'il est plus important pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant, moins ils prennent le risque. Les résultats obtenus

confirment cette hypothèse : ($F_{(3,96)} = 12,554; p=,000$). Cela indique que les participants qui pratiquent les rituelles (prières et bénédictions) trouvent qu'il n'est pas toujours indispensable de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement aux participants qui ne pratiquent pas les rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations qui eux, trouvent le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant toujours important. Ces résultats vont dans le sens des recherches qui ont mis en évidence l'effet des croyances sur la prise de risque routière (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018). Ces travaux vont dans le même sens que notre étude.

Les résultats obtenus peuvent se comprendre à travers la théorie du comportement planifié. Cette théorie postule que l'attitude envers un comportement donné est un déterminant immédiat de l'intention et par conséquent du comportement (Ajzen, 1991). Cette théorie met également en exergue le fait que les variables individuelles affectent indirectement les intentions et le comportement au travers des attitudes (Ajzen, 1987). Dans une première approche, on peut mentionner l'importance des attitudes à amener l'individu à avoir l'intention ou non d'adopter un comportement. Selon cette approche, lorsque l'attitude développée par un individu est défavorable ou alors moins favorable envers un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), ce dernier aura l'intention de prendre moins de précautions pour se protéger.

Par contre, lorsque l'attitude développée par un individu est favorable envers un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), cet individu aura l'intention de prendre plus de précautions pour éviter les accidents. (Atcha, 2015 ; Bilong, 2020 ; Etoundi, 2021 ; Gouertoumbo, 2020 ; Mvessomba et al., 2017). Cela montre dans le cadre de cette étude que, le fait pour les conducteurs de mototaxis d'avoir des attitudes favorables ou défavorables vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant influence l'adoption de ces mesures de sécurité.

Dans une seconde approche, les pratiques rituelles affectent indirectement le comportement des individus à travers l'attitude. Ainsi, les individus qui pratiquent des rituelles développent des attitudes défavorables ou alors moins favorables vis-à-vis d'un comportement (par exemple porter le casque et respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant) et par conséquent, ont tendance à moins adopter ces mesures de sécurité. Par contre, ceux qui ne pratiquent pas les rituelles développent des attitudes favorables vis-à-vis d'un comportement (par exemple porter le casque et respecter

l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant) et par conséquent, ont tendance à adopter davantage ces mesures de sécurité.

Ces résultats peuvent également se comprendre à partir des travaux sur le HBM qui met un accent sur le rôle des croyances dans l'explication des comportements liés à la santé ou à la sécurité. Ce modèle théorique stipule que l'adoption d'un comportement lié à la santé ou à la sécurité est fonction de six construits : vulnérabilité perçue, sévérité perçue, obstacles perçus, bénéfices perçus, incitateurs d'action et auto-efficacité. D'après ce postulat, si l'individu perçoit sa vulnérabilité, perçoit un problème de santé ou de sécurité comme étant grave, perçoit plus de bénéfices que d'obstacles à adopter le comportement recommandé pour éviter les conséquences liées à ce problème et se sent capable de le réaliser, il aura davantage l'intention d'adopter le comportement recommandé. Par contre, s'il perçoit qu'il est invulnérable, perçoit que le problème de santé ou de sécurité n'est pas grave, perçoit plus d'obstacles que de bénéfices à adopter le comportement recommandé pour éviter les conséquences liées à ce problème et ne se sent pas capable de le réaliser, il aura davantage l'intention de ne pas adopter le comportement recommandé (Atcha, 2015 ; Bilong, 2020 ; Etoundi, 2021 ; Gouertoumbo, 2020 ; Mvessomba et al., 2017).

Cela montre dans le cadre de cette étude que les conducteurs de mototaxis qui pratiquent les rituelles ont perçu qu'ils sont invulnérables, que le problème des accidents de la route n'est pas grave, qu'il y a plus d'obstacles que de bénéfices à porter le casque et à respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant pour prévenir ces accidents et ils ne se sont pas sentis capables de les porter par conséquent, ils ne les portent pas lorsqu'ils conduisent.

6.2.2.2. Pratiques rituelles et normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'hypothèse spécifique 2 a été formulée de la manière suivante: les participants en situation de pratiques rituelles se conforment moins aux normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les autres (participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations). Cette hypothèse avait pour objectif de montrer que les pratiques rituelles ont un effet sur les normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant par conséquent, sur la prise de risque routière. Autrement dit, plus les conducteurs de mototaxis pratiquent les rituelles plus, ils estiment que

les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.

Par contre, plus les conducteurs de mototaxis ne pratiquent pas les rituelles, plus ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent davantage le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse : ($F_{(3,96)} = 16,743$; $p = 0,019$). Cela signifie que lorsque les participants pratiquent les rituelles, ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant comparativement à ceux qui ne pratiquent pas les rituelles (prières et bénédictions) et à ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations qui eux, estiment que leurs collègues, amis et parents approuvent le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats vont dans le sens des recherches qui ont mis en évidence d'une part l'effet des croyances sur la prise de risque en général, et sur la prise de risque routière en particulier (Ngah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018).

Ces résultats sont compréhensibles lorsque l'on s'appuie sur la théorie du comportement planifié. Cette théorie postule que la norme subjective est un déterminant immédiat de l'intention et par conséquent du comportement (Ajzen, 1991). Cette théorie relève également le fait que les variables individuelles affectent indirectement les intentions et le comportement au travers de la norme subjective (Ajzen, 1987). Cette norme subjective comprend deux aspects : la norme injonctive, celle abordée dans cette section et la norme descriptive. Ainsi, lorsqu'un individu estime que les personnes importantes pour lui désapprouvent ou approuvent moins un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), il aura tendance à ne pas ou à moins l'adopter. Par contre, lorsqu'un individu estime que les personnes importantes pour lui approuvent un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), cet individu aura tendance à l'adopter (Atcha, 2015 ; Bilong, 2020 ; Etoundi, 2021 ; Gouertoumbo, 2020 ; Mvessomba et al., 2017).

Cela montre dans le cadre de cette étude que, le fait pour les conducteurs de mototaxis d'estimer que leurs collègues, amis et parents approuvent ou approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant influence l'adoption de ces mesures de sécurité. De même, les pratiques rituelles affectent indirectement le comportement des individus à travers la norme injonctive et par conséquent, le comportement. A ce niveau, les individus qui pratiquent les rituelles estiment que leurs

collègues, amis et parents approuvent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à moins adopter ces mesures de sécurité. Par contre, ceux qui ne pratiquent pas les rituelles estiment que les personnes importantes pour eux approuvent le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à adopter davantage ces mesures de sécurité.

6.2.2.3. Pratiques rituelles et normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'hypothèse spécifique 3 a été formulée ainsi qu'il suit : les participants en situation de pratiques rituelles se conforment moins aux normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations. Cette hypothèse avait pour objectif de montrer que les pratiques rituelles ont un effet sur les normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant par conséquent, sur la prise de risque routière. Autrement dit, plus les conducteurs de mototaxis pratiquent des rituelles, plus ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) portent moins le casque et respectent moins l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Par contre, plus les conducteurs de mototaxis ne pratiquent pas les rituelles, plus ils estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) portent davantage le casque et respectent l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse : ($F_{(3,96)} = 19,138 ; p = ,001$). Cela signifie que les participants qui pratiquent les rituelles estiment que les personnes importantes pour eux (collègues, amis et parents) ne portent pas le casque et ne respectent pas l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats vont dans le sens des recherches qui ont montré que les croyances ont un effet sur la prise de risque (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018).

Ces résultats sont compréhensibles lorsque l'on s'appuie sur la théorie du comportement planifié. Cette théorie postule que la norme descriptive est un déterminant immédiat de l'intention et par conséquent du comportement (Ajzen, 1991). Cette théorie relève également le fait que les variables individuelles affectent indirectement les intentions et le comportement au travers de la norme descriptive. Ainsi, lorsqu'un individu estime que les personnes importantes pour lui adoptent ou adoptent moins un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), il aura

tendance à ne pas ou à moins l'adopter. Par contre, lorsqu'un individu estime que les personnes importantes pour lui adoptent un comportement (par exemple le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant), cet individu aura tendance à l'adopter (Atcha, 2015 ; Bilong, 2020 ; Etoundi, 2021 ; Gouertoumbo, 2020 ; Mvessomba et al., 2017).

Nos résultats montrent que, le fait pour les conducteurs de mototaxis d'estimer que leurs collègues, amis et parents adoptent ou adoptent moins le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant influence l'adoption de ces mesures de sécurité. De même, les pratiques rituelles affectent indirectement le comportement des individus à travers la norme descriptive et par conséquent, le comportement. A ce niveau, les individus qui pratiquent les rituelles estiment que leurs collègues, amis et parents adoptent moins le port du casque et le respect de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à moins adopter ces mesures de sécurité. Par contre, ceux qui ne pratiquent pas les rituelles estiment que les personnes importantes pour eux adoptent le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à adopter davantage ces mesures de sécurité.

6.2.2.4. Pratiques rituelles et contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant

L'hypothèse spécifique 4 a été formulée comme suit : les participants en situation de pratiques rituelles perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant contrairement à ceux des deux autres situations (participants en situation de non pratiques rituelles et ceux ne se trouvant dans aucune des deux situations). Cette hypothèse avait pour objectif de montrer que les pratiques rituelles ont un effet sur le contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, sur la prise de risque routière. En d'autres termes, plus les conducteurs de mototaxis pratiquent des rituelles, plus ils perçoivent qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Par contre, plus les conducteurs de mototaxis ne pratiquent pas les rituelles, plus ils perçoivent qu'il est facile de conduire en portant le casque et en respectant l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse : ($F_{(3,96)}=8,383 ; p=,000$). Cela signifie que les participants qui pratiquent les rituelles perçoivent qu'il est difficile de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant. Ces résultats vont dans le sens des

recherches qui ont mis en évidence le lien entre les croyances et la prise de risque en général et la prise de risque routière en particulier (Nghah essomba, 2017 ; Nguetsa, 2012 ; Nkelzok & Djebi, 2018).

Une autre possibilité d'explication des résultats s'appuie sur la TCP. Cette théorie postule que le contrôle comportemental perçu est un déterminant immédiat de l'intention et peut également être utilisé pour prédire directement le comportement (Ajzen, 1991). Cette théorie met également en exergue le fait que les variables individuelles affectent indirectement les intentions et le comportement au travers du contrôle comportemental (Ajzen, 1987). Dans une première approche, on peut mentionner l'importance du contrôle comportemental perçu à amener l'individu à avoir l'intention ou non d'adopter un comportement. Selon cette approche, un niveau élevé du contrôle comportemental perçu lié à un comportement chez un individu l'amène à avoir l'intention à prendre moins de précautions pour se protéger ou de ne pas adopter un comportement de protection. Par contre, un niveau faible du contrôle comportemental perçu lié à un comportement chez un individu l'amène à avoir l'intention de prendre plus de précautions pour éviter les accidents ou à adopter un comportement de protection (Atcha, 2015 ; Bilong, 2020 ; Etoundi, 2021 ; Gouertoumbo, 2020 ; Mvessomba et al., 2017). Cela montre dans le cadre de cette étude que, le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant est fonction du niveau (élevé ou faible) du contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant que les conducteurs de mototaxis croient avoir. Dans une seconde approche, les pratiques rituelles affectent indirectement le comportement des individus à travers le contrôle comportemental perçu. Ainsi, les individus qui pratiquent les rituelles estiment qu'il est difficile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool et par conséquent, ont tendance à moins adopter ces mesures de sécurité. Par contre, ceux qui ne pratiquent pas les rituelles estiment qu'il est facile pour eux de porter le casque et de respecter l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant et par conséquent, ont tendance à adopter davantage ces mesures de sécurité.

L'objectif de ce chapitre sixième était de faire la synthèse et de discuter les résultats issus de l'analyse des facteurs secondaires et ceux issus de l'analyse des facteurs principaux. Dans un premier temps, nous avons apporté quelques explications de la relation entre les facteurs secondaires (âge, niveau d'instruction, années d'expérience et appartenance religieuse) et la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis. Dans cette section, nous avons également apporté des explications lorsque nos résultats allaient dans le même sens ou alors lorsque nous obtenions les résultats différents des travaux antérieurs et des théories

explicatives de notre travail Dans un second temps, nous avons apporté des possibilités d'explication de l'hypothèse générale à partir des hypothèses spécifiques. La théorie du comportement planifié et le modèle des croyances relatives à la santé ont été utilisés. Plus les conducteurs de mototaxis croient en Dieu et pratiquent les rituelles, plus ils adoptent des comportements à risque et plus ils ne croient pas en Dieu et ne pratiquent pas les rituelles, plus ils adoptent les comportements d'autoprotection.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le présent travail de recherche était subdivisé en deux parties essentielles : un cadre théorique et un cadre opératoire. Le cadre théorique s'articulait autour de trois chapitres : le chapitre premier, le chapitre deuxième et le chapitre troisième. Le cadre opératoire lui aussi s'articulait autour de trois chapitres : le chapitre quatrième, le chapitre cinquième et le chapitre sixième. Le chapitre premier encore appelé problématique renvoyait à l'articulation dans laquelle nous avons présenté tous les éléments nous permettant de poser le problème de recherche. Nous avons commencé par la présentation des statistiques qui laissaient apparaître l'adoption des comportements non sécuritaires sur la route par les conducteurs des engins à deux roues. A la suite de ce problème de recherche, un constat théorique a mis en évidence la manière dont la prise de risque en général et la prise de risque routière en particulier, est abordée en psychologie sociale. Les questions, les objectifs, les intérêts et le type d'étude ont aussi été formulés. Dans le chapitre deuxième (revue de la littérature), nous avons fait la recension des travaux portant sur la prise de risque, les croyances et sur la relation entre les croyances et la prise de risque. Le chapitre troisième appelé théories explicatives du sujet portait sur deux théories de la psychologie sociale : la Théorie du Comportement planifié et le Health Belief Model. Le chapitre quatrième intitulé approche méthodologique de l'étude, présentait la méthodologie que nous avons utilisée dans cette recherche et aussi les justifications de chacun de nos choix. Le chapitre cinquième encore appelé présentation et analyse des résultats ressortait les principaux résultats sur le plan descriptif et inférentiel, ces résultats étant issus des traitements statistiques effectués sur les données collectées. Le chapitre sixième appelé synthèse et discussion des résultats, présentait la discussion de nos différents résultats issus du traitement statistique des hypothèses. Cette discussion s'est faite par rapport aux travaux antérieurs présentés au chapitre deuxième et aux théories exposés au chapitre troisième.

Ce travail de recherche comporte néanmoins quelques limites. La première est relative à l'utilisation à la fois des textes d'amorçage (activant les croyances chrétiennes et ne les activant pas) et l'échelle des croyances de Goggin (2007). Cette utilisation conjointe des textes d'amorçage et de l'échelle des croyances a peut-être conduit à atténuer l'effet des textes d'amorçage chez les conducteurs de mototaxis. Une autre limite est que nous avons activé les croyances chrétiennes et les non croyances chrétiennes de manière globale.

Pour pallier à toutes ces difficultés, nous pourrions dans les prochaines investigations examiner l'effet des textes d'amorçage d'une part, et l'effet conjoint des croyances chrétiennes et d'autres facteurs contextuels dans l'explication des comportements des conducteurs de mototaxis d'autre part. Néanmoins, les résultats de ce travail pourront permettre de concevoir des programmes de prévention et d'éducation qui prennent en compte l'effet des biais de perception en général et des croyances chrétiennes en particulier sur les comportements des conducteurs de mototaxis camerounais.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abou, D.A. (2004). *La Prise de Risque dans l'Espace Routier chez le Préadolescent. Implication de l'identité sexuée, la recherche de sensation, l'estime de soi, l'attachement aux parents et la supervision parentale* (Thèse de Doctorat en Psychologie, Université Paris ouest Nanterre la Défense, France).
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). *The Health Belief Model*. In M. Conner, & P. Norman, (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognitions models*. (3th edition, Maiden head England). Open University Press.
- Adès, J., Lejoyeux, M., & Tassain, V. (1994). *Sémiologie des conduites de risques*. Editions techniques, *EMC. Psychiatrie*, 37, 114-70.
- Adès, J., & Lejoyeux, M. (2004). *Conduites de risque*. *EMC Psychiatrie*, 1(3), 201-215.
- ADRA (2011). *Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020*.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1990). *Understanding attitudes and predicting behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1985). *From intention to actions: A theory of planned behaviour*. In J. Kuhl, & J. Beckman (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behaviour* (pp.11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I., & Madden, T.J. (1986). *Prediction of goal directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control*. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Ajzen, I. (1987). *Attitudes, Traits, and Actions: Dispositional prediction of Behavior impersonality and Social psychology*. *Advances in Experimental Social Psychology*, 20, 2-63.
- Ajzen, I. (1988). *Attitude, Personality and Behavior*. Chicago: Dorsey press.
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2010). *Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire*. Retrieved from <http://people.umass.edu/aizen/tpb.html>
- Ajzen, I. (2011). *The Theory of Planned Behaviour: reaction and reflections*. *Psychology and Health*, 29(9), 1113-1127.

- Ali, S. N. (2002). *Prediction of coronary heart diseases preventive behaviors in woman: a test of the Health Belief Model. Women & Health, 35*(1), 83-96.
- Allport, G. W. (1935). *Attitudes. In A Handbook of Social Psychology, 798-844.*
Massachusetts: Clark University Press.
- Amalberti, R. (1996). *La conduite des systèmes à risques.* Paris: Presses Universitaires de France.
- Arnett, J. J. (1992). *Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. Developmental Review, 12,* 339-373.
- Arnett, J.J. (1990). *Contraception use, Sensation seeking and Adolescent Egocentrism. Youth and Adolescence, 19*(2), 171-180.
- Arnett, J.J. (1996). *Sensation seeking, Aggressiveness, and Adolescent reckless Behavior. Personality and Individual Differences, 20*(6), 693-702.
- Arnett, J.J., Offer, D., & Fine, M. A. (1997). *Reckless driving in adolescence: state and trait factors. Accident Analysis and Prevention, 29,* 57-63.
- Assailly J.P. (1995). *La conduite sous l'influence de l'alcool : un risque pris, mal perçu et accepté. Numéro spécial de RTS sur le risque dans les transports, 49,* 43-50.
- Assailly, J.P. (1997). *Les jeunes et le risque, une approche psychologique de l'accident.* Paris : Vigot.
- Assailly, J.P. (2010). *La Psychologie du Risque.* Paris : Edition TEC et DOC, Lavoisier.
- Assailly, J.P. (2001). *La mortalité chez les jeunes.* Paris : Presses Universitaires de France.
- Atcha, G. (2015). *Croyances et prise de risque à travers l'intention de consommer l'alcool au volant : cas des adolescents de Yaoundé* [Master non publié]. Université de Yaoundé I., Cameroun.
- Avoulou, N. S. (2013). *Colère au volant et prise de risque chez les jeunes automobilistes camerounais et français* [Master non publié]. Université de Yaoundé I., Cameroun.
- Banet, A. (2010). *Conscience du risque et attitudes faces aux risques chez les motocyclistes* (Thèse de Doctorat en psychologie, Université de Lyon, France).

- Baudry, P. (1991). *Le corps extrême. approche sociologique des conduites à risque*. Paris: L'Harmattan.
- Bandura, A. (1977). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bariaud, F., & Bourcet, C. (1994). *Le Sentiment de la Valeur de soi. L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 23(3), 271-290.
- Beamish, J., & Malfetti, (1962). "A Psychological Comparison of Violator and non-Violator Automobile Drivers in 16 to 19 years' age group", *Traffic Research Review*.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). *Sociobehavioural Determinants of compliance with Health and Medical care recommendations. Medical Care*, 13, 10-24.
- Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1987). *Comparing Social Learning Theory and The Health Helief Model*. In W. B. Ward, (Ed.), *Advances in Health Education and Promotion* (pp.245-249). Greenwich, C. T: JAI Press.
- Becker, Scott Mcknigh, Nelkin, & Piper, (2003). *Drinking, Riding and Prevention: A focus Group Study 7*. Pacific Institute for Research and Evaluation Calverton Office Park.
- Beirness, D. J., & Simpson, H.M. (1988). *The Lifestyle Correlates of Risky Driving and Accident Involvement Among Youth. Alcohol, Drugs and Driving*, 4(3), 193-204.
- Beirness, D. J. (1995). *Study of The Profile of High-risk Driver: Final report. Traffic Injury Research Foundation. Ottawa : On Ottawa*.
- Bernouilli, D. (1738). *Exposition d'une nouvelle théorie sur la mesure du risque*. Paris: Diff. A. Blanchard.
- Bérubé, S. (2012). *L'Application de la Théorie du Comportement Planifié aux Comportements Ecologiques: Une méta-analyse portant sur les modérateurs potentiels* (Thèse de doctorat, Université du Québec à trois-rivières, Canada).
- Bloch, H., Lepret, E., Gallo, A., Garnier, P. H., Gineste, M. D., Leconte, P., Le Ny, J. F., Postel, J., Reuchlin, M., & Casalis, D. (1997a). *Dictionnaire fondamental de la psychologie. A-K*. Paris: Larousse.
- Bonnet, E. (2013). « C'est sur les routes des pays les plus pauvres que l'on meurt le plus », dans Valéry Ridde et Fatoumata Ouattara (dir.). *Des idées reçues en santé mondiale*. Montréal, Presses universitaires de Montréal (pp. 129-143).

- Billong, A. P. (2020). *Sentiment d'Invulnérabilité et Prise de Risque chez les Ouvriers de Construction* [Master non publié]. Université de Yaoundé I., Cameroun.
- Bird, B. (1988). *Implementing Entrepreneurial ideas: The case of Intention*. *Academy of Management Review*, 13(3), 442-453.
- Blackman, R., & Haworth, N. (2018). *Comparaison des Accidents de Cyclomoteurs, de Scooters et de motos : Implications pour la formation et l'éducation des motards*. Centre for Accident Research and Road Safety-Queensland.
- Boholm, A. (1998). *Comparative studies of Risk Perception: a view of twenty years of Research*. *Journal of Risk Research*, 1(2), 135-163.
- Bonardi, C., Girandola, F., Roussiau, N. et Soubiale, N. (2002). *Psychologie Sociale Appliquée: Environnement, Santé et Qualité de vie*. Paris: In Press Edition. Causse, P.
- Boulangier, A., Dewil, N., & Silverans, P. (2012). *Attitudemeting Verkeersveiligheid 2009. Deel 2: Determinanten van Specifieke attitudes*. Geraadpleegd: <http://bivvweb.ipower.be/Observ/NL/2009%20part2%20NL%20Attitudemeting%20verkeersveiligheid.pdf> [04.04.13]
- Bourrelier, P.H., Deneufbourg, G., & Vanssay, B. (2000). *Les Catastrophes Naturelles, le Grand cafouillage*. Canada : O. Eyrolles.
- Bouvier, P., Chevillon, P., & Leguyader, M. (2009, 2 et 3 Avril). *La Prise de Risque chez les Adolescents*. Congrès Vents d'Ouest 2009 de Pegasse Processus, Saint Malo, Grande Bretagne.
- Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., Poulin, F., & Wanner, B. (2004). *Is there a Dark side of Positive Illusions? Overestimation of Social competence and subsequent adjustment in Aggressive and Nonaggressive Children*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (3), 305-320.
- Brown, I. D., & Groeger, J. A. (1988). *Risk Perception and Decision making during the Between novice and Experienced Driver status*. *Ergonomics*, 31, 585-597.
- Bucrep, (2017). *Analyse de la Situation des Mototaxis au Cameroun*.
- Buisson, N. (2009). *Profils de Personnalité en lien avec les Infractions et/ou les Accidents de la route: qui sont les stagiaires permis à points?* (Thèse de Doctorat en psychologie, Université Lyon 2, France).

- Cadet, B., & Kouabenan, D.R. (2005). *Evaluer et modéliser les risques : Apport et limites de différents Paradigmes dans le Diagnostic de sécurité. Le Travail Humain*, 68(1), 7-35.
- Carpenter, C. J. (2010). *A meta-analysis of the Effectiveness of the Health Belief Model variables in Predicting Behavior. Health Communication*, 25, 661–669.
- Carpenter, T. P., Laney, T., & Mezulis, A. (2012). *Religious Coping, Stress, and Depressive Symptoms Among Adolescents: A Prospective Study. Psychology of Religion and Spirituality*. 4(1), 19-30.
- Cazenave, N. (2006). *Profil de Personnalité, Etats émotionnels et Prise de Risques chez les Femmes* (Thèse de Doctorat en psychologie du sport, Université de Reims Champagne-Ardenne, France).
- CEESAR. (2011, 28-31 Octobre). *Actes du 9^e CIFEPME*. Louvain-la-Neuve, Belgique.
- Cestac, J., & Meyer, T. (2010). *Des Attitudes à la prédiction du Comportement : le Modèle du Comportement Planifié*. Dans Morchain, P. et Somat, A. *La Psychologie Sociale : Applicabilité et Applications (collection psychologie*, 55-86). France: Edition PUR.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). *The Health Belief Model*. In K, Glanz, B. K.
- Chapouille, P. (1972). *La Fiabilité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Charron, R. (2005). *Narative medicine: attention, representation, affiliation. Narrative*, 13, 261-270.
- Chen, M., & Tatsuoka, M. (1984). *The Relationship between American women's prevention dental Behaviour and dental Health Beliefs. Social Science and Medecine*, 19, 971-978.
- Cheng, S., Lam, T., & Hsu, C. H. C. (2005). *Testing the Sufficiency of the Theory of Planned Behavior: A case of customer dissatisfaction responses in restaurants. International Journal of Hospitality Management*, 24(4), 475-492. doi: 10.1016/j.ijhm.2004.10.006
- Cherpitel, C. J. (1993). *Alcohol, Injury and Risk-taking Behavior: Data from a national sample. Alcohol Clinical Experimental Research*, 23, 121-126.
- Cherpitel, C. J. (1999). *Substance use, injury, and Risk-taking Behavior disposition in general Population. Alcohol Clinical Experimental Research*, 17, 121-126.
- Chin, J. H., & Mansori, S. (2019). *Theory of Planned Behavior and Health Belief Model: Females's intention on breast cancer screening. Health Psychology*, 6, 1-12.

- Christiansen, C. H. (1986). *Research as Reclamation. The Occupational Therapy Journal of Research*, 6, 323-327. <https://doi.org/10.1177/153944928600600601>
- Cialdini, R. B., Reno, R. R., & Kallgren, C. A. (1990). *A focus Theory on Normative conduct: Recycling the Concept of Norms to reduce littering in public places. J. Pers. Soc. Psychol.* 58 (6), 1015–1026.
- Clark, D. C., Sommerfeldt, L., Schwarz, M., Hedeker, D., & Watel, L. (1990). *Physical Recklessness in Adolescence. Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(7), 423-433.
- Clément, F. (1999). *La Sociologie Cognitive : Une bien étrange croyance. Cahiers Internationaux de Sociologie*, 57, 89-104.
- Codol, J. P. (1973). *Le phénomène de la conformité supérieure de soi – expériences exploratoires. L'Année Psychologique*, 73, 565-585.
- Coleman, A. M. (2003). *A Dictionary of Psychology* (2^eed.). Oxford: Oxford University Press.
- Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Transaction Publishers.
- Conner, M., & Armitage, C. (2007). *Application of the Theory Planned Behavior to the Prediction of objectively assessed breaking of posted speed limits. British Journal of Psychology*, 98(3), 429-453.
- Cooper, D. (2003). *Psychology, Risk and Safety: Understanding how Personality and Perception can influence Risk taking. Professional Safety*, 39-46.
- Côté, F., & Godin, G. (2006). Le Changement planifié des Comportements liés à la Santé. In Carrol, G. (Ed.), *Pratiques en Santé communautaire*. (pp.89-103). Québec : la Chenelière.
- Cronbach, L. J. (2002). *Coefficient Alpha and the Internal structure of Tests. Psychométrie*, 16(3), 297-334.
- Cyr, A. (2008, 15 août). *La Perception du Risque dans la Perspective des Sociétés de capital de Risque et des PME technologiques: Une étude exploratoire*. Actes du 9^{ème} CIFEPME, Louvain-La-Neuve, Belgique.

- Dalenet, E., & White, R. (2006). *The Big five factors, Sensation seeking and Driving anger in the Prediction of unsafe driving. Personality and Individual Differences, 41(5), 903-915.*
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). *User Acceptance of Computer Technology. A comparison of Two Theoretical Models. Management Science, 35, 982-1003.*
- Deconchy, J. P. (1989). *Croyances et Idéologies.* Paris: USF.
- Dejoy, D. M. (1996). *Theoretical Model of Health Behavior and Work-place self-Protective Behavior. Journal of Safety Research, 54, 343-355.*
- Dejoy, D. M. (1989). *The Optimum bias and Traffic Accident Risk Perception. Accident Analysis and Prevention, 21(4), 333-340.*
- Delhomme, P. (1991a). *Comparing one's Driving with others: Assessment of abilities and frequency of offences evidence for a superior conformity of self-bias? Accident Analysis and Prevention, 23, 403-508.*
- Delhomme, P. (1991b). *Auto/Hétéro Evaluation des Capacités de conduite et sélection d'Informations dans un Environnement routier simulé. In Les Méthodes d'analyse des Comportements de Déplacements pour l'année (1990). Québec, International Association for Travel Behaviour, 215-229.*
- Delhomme, P., & Meyer, T. (1995). *Evaluation de ses propres Comportements de conduite : Effet sur le contrôle subjectif et la régulation de l'activité.* France (Arcueil) : Institution Nationale de Recherche sur les Transports et leur Sécurité.
- Delhomme, P., & Cauzard, J-P. (2000). *Comparer sa vitesse à celle d'autrui : Comparaison Sociale et Représentation de la conduite chez les automobilistes européens. Recherche Transport Sécurité, 67, 39-64.*
- Delhomme, P., & Villieux, A. (2005). *Adaptation française de l'échelle de colère au volant D.A.S. : Quels liens entre colère éprouvée au volant, infractions et accidents de la route déclarés par de jeunes automobilistes ? Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 55, 187-205.*
- Delignière, D. (1993). *Risque préférentiel, Risque perçu et Prise de risque.* In Famoso, J. P. (Ed.), *Cognition et Performance* (pp. 63-79). Paris: INSEP.

- Desmond, S. A., Soper, S. E., Purpura, D. J., & Smith, E. (2009). *Religiosity, moral beliefs and Delinquency: Does the effect of religiosity on delinquency depend on moral beliefs? Sociological Spectrum, 29*, 51-71.
- Djiepmo Ndjoukya, G.R. (2008). *Les Défis de la Sécurité routière en milieux urbain au Cameroun : Le cas des motos taxis à Yaoundé* (Master Economie des transports et logistique des Echanges, Université de Yaoundé I, Cameroun).
- Dionne, G., & Fluet, C. (2007). *Predicted Risk Perception and Risk-taking Behavior: The case of impaired driving. Journal of Risk and Uncertainty, 35*(3), 237-326
- D'Onghia, F. (2009). *Comment persuader les Automobilistes à respecter la limitation de vitesse: Effet du cadrage et de la présence d'une image dans les messages de prévention routière* (Thèse de Doctorat, Université de Nancy 2, Nancy, France).
- Douglas, M. (1986). *The state of the art in Risk Perception Studies*. Communication : Evaluer et Maîtriser les Risques. Paris : Chantilly.
- Donohew, L., & Zimmerman, R. (2000). *Sensation seeking, Impulsive decision-making and Risky sex: Implications for Risk-taking and design of intervention. Personality and Individuals Differences, 28*, 1079-1091.
- Doron, R., & Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Doron, R., & Parot, F. (2007). *Dictionnaire de Psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dzewaltowski, D. A. (1989). *Toward a Model of Exercise Motivation. Journal of Sport and Exercise Psychology, 11*, 251-269.
- Eagly, A., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitude*. Orlando, US: Brace Jovanovich.
- Eiksund, S. (2009). *A Geographical perspective on driving Attitudes and Behavior among Young Adults in urban and rural Norway. Safety Science, 47*, 529-536.
- Eisenberg, N., & Guthrie, L. H. (2000). *Prediction of elementary School children's externalizing problem Behaviors from Attentional and Behavior regulation and Negative Emotionality. Child Development, 71*, 1367-1382.

- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., Reiser, M., Cumberland, A., & Shepard, S.A. (2005). *The Relations of problem Behavior status to children's Negative Emotionality, Effortful control, and Impulsivity: Concurrent relation and Predictions of change. Developmental Psychology, 41*, 193-211.
- Elvik, R., & Vaa, T. (2004). *The Hand book of Road Safety Measures*. Pergamon, Oslo.
- Etoundi Bala, F. (2020). *Optimisme comparatif et Intention de consommer du tabac chez les Adolescents Camerounais* [Master non publié]. Université de Yaoundé I., Cameroun.
- Ewald, F. (1998). *Le Risque dans la Société Contemporaine*. In Tubiana, M., Vrousos, C., Carde, C., & Pagès, J.P. (1998). (Eds.), *Risque et Société* (pp. 78-105). Paris: Nucléon.
- Fayolle, A., Gailly, B., & Lassas-Clerc, N. (2006, 5-6 Juin). *Mesure de l'effet à court terme et à long terme d'un programme d'enseignement de l'entrepreneuriat (PEE) sur l'Intention entrepreneuriale des participants: Importance des conditions initiales*. Actes du 8^e Congrès International Francophone en Entrepreneuriat et PME en Suisse.
- Ferguson, S. A., & Allan, F., Williams. (2001). *Relationship of Parent driving records to the Driving records of their Children. Accident Analysis and Prevention, 33*(2), 229-234.
- Ferrand & Pujol. (1997). *Estime de soi et conduites à Risque chez des Adolescents en lycée professionnel* (Mémoire de Maîtrise en psychologie, Université Toulouse II, France).
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flisher, A. J., Ziervogel, C. F., & Chalton, D.O. (1993). *Risk-taking Behaviour of Cape Peninsular high-school students: Part I. Introduction and Methods. South African Medical Journal, 83*, 469-473.
- Fogarty, G. J., & Shaw, A. (2010). *Safety climate and the Theory of Planned Behavior: Towards the prediction of unsafe Behavior. Accident Analysis and Prevention, 42*(5), 1455-1459. doi: 10.1016/j.aap.2009.08.008
- Fuller, R. (1984). *A Conceptualization of Driving Behavior. Accident Analysis and Prevention, 37*, 461-472.

- Gheorghui, A. (2012). *Comportements dangereux au volant chez les Jeunes : Le rôle des Mécanismes d'Influence Sociale dans le Groupe* (Thèse de Doctorat, Université de Bordeaux Sagalen, France).
- Gibbons, F. X., Gerrard, M., Blanton, H., & Russell, D. W. (1998). *Reasoned Action and Social reaction: Willingness and intention as independent predictors of Health Risk. Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1164-1180.
- Gierlach, E., Belsher, B. E., & Beutler, L. E. (2010). *Cross-cultural differences in Risk Perceptions of disasters. Risk Analysis*, 30(10), 1539-1549.
- Giscard, P. H. (1967). *Conduite Automobile et Sécurité 2^e partie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *Health Behaviour and Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Wiley & sons.
- Godin, G. (1991). *L'Education pour la Santé : Les Fondements Psychosociaux de la définition des messages Educatifs. Sciences Sociales et Santé*, 9(1), 1-28.
- Goggin, K., Malcarne, V. L., Murray, T. S., Metcalf, K. A., & Wallston, K. A. (2007). *Do Religious and control Cognitions predict Risky Behavior? II. Development and Validation of the Sexual Risk Behavior-related God Locus of Control Scale for Adolescents (SexGLOC-A). Cognitive Therapy and Research*, 31, 123-139.
- Goldman, S. (2005). *La Croyance : aux confins mystérieux de la Cognition. Cahiers de Psychologie Clinique*, 25(2), 87-109.
- Gonçalves, S. M. P., Da Silva, S. A., Lima, M. L., & Melia, J. L. (2008). *The Impact of Work Accidents Experience on Causal Attribution and Work Behaviour. Safety Science*, 46, 992-1001.
- Gouertoumbo, R. (2020). *Croyances Fatalistes et Adoption des Comportements insécuritaires : cas de l'utilisation du téléphone au volant [Master non publié]*. Université de Yaoundé I., Cameroun.
- Graham, M. E. (2002). *Health Beliefs and Self-examination Breast in Black women. Journal of Culture Diversity*, 9(2), 49-54.

- Greene, K., Krcmar, M., Walters, L., Rubin, D., & Hale, J. (2000). *Targeting Adolescent Risk-taking Behaviors: The contributions of Egocentrism and Sensation-seeking. Journal of Adolescence, 23*, 439-461.
- Hakkinen, V. (1972). *EEG Vigilance Measurement on Loudness Discrimination in Humans during Drowsy States*. Helsinki: Author.
- Hanson, J. A., & Benedict, J. A. (2002). *Use of Health Belief Model to examine Older Adults' Handling-Behaviors. Journal of Nutrition Education, 34*, 525-530.
- Harter, S. (1982). *The Perceived Competence Scale for Children. Child Development, 53*, 87-97.
- Harter, S. (1986). *Processes underlying The Construction, Maintenance and Enhancement of the Self-concept in Children*. In Suls, J.M., & Greenwald, A.G. (Eds.), *Psychological Perspectives on the Self, 3*, (pp. 137-181). Hillsdale, NJ: LEA.
- Harter, S. (1987). *The Determinant and Mediation Role of Global Self-Worth in Children*. In: Eisenberg, N. (Ed.), *Contemporary Topics in Reply to: Developmental Psychology*, John Wiley, New York (pp. 219-242).
- Harris, P., & Middleton, W. (1994). *The Illusion of Control and Optimism about Health: On being less at risk but no more in control than others. British Journal of Social Psychology, 33*, 369-386.
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. New-York: Guilford Press.
- Hatamzadeh, N., Nazari, M., & Ghahramani, L. (2012). *Impact of Educational Intervention on Seat Belt use among Drivers based on Health Belief Model. The Journal of Toloo-e-behdasht, 11(3)*, 45-55.
- Head, H. (1923). *The Conception of Nervous system, Brit. Journal of Psychology, 14*, 126-147.
- Hedlund, J., & Fell, J. (1995). *Repeat offenders and persistent Drinking Drivers*. In Kloeden C.N. and Mc Lean (Eds.), *Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, 586-604.
- Helweg-Larsen, M., & Nielsen, G. A. (2009). *Smoking Cross-culturally: Risk Perceptions among Young Adults in Denmark and the United States. Psychology and Health, 24(1)*, 81-93.

- Hewstone, M. (1994). *Societal Attribution: Collective Beliefs and the explanation of social events*. In M. Hewstone (Ed.), *Causal Attribution. From Cognitive processes to collective Beliefs* (3rd ed, pp. 205-236). Oxford: Blackwell.
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-Psychological study*. *Public Health Service Publication*, 572. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Hofstede, G. (2002). *The Pitfalls of Cross-national Survey Research: A reply to the article by Spector et al., on the Psychometric Properties of the Hofstede Values Survey Module 1994*. *Applied Psychology: An International Review*, 51(1), 170-178.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind* (Revised and expanded 3rd Edition). New York: McGraw-Hill USA.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences: International differences in Work-related values*. Beverly Hills CA: Sage Publications.
- Hogg, M. A., & Reid, S. A. (2006). Social Identity, Self-categorization and the Communication of Group Norm. *Communication Theory*, 16(1), 7-30.
- Horvath, P., & Zuckerman, M. (1993). *Sensation seeking, Risk appraisal and Risky Behavior: Personality and Individual differences*, 14, 41-52.
- Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I.M., Hels, T., Janstrup, K. Van der Linden, T., Legrand, S-A., & Verstraete, A. (2011). *Prevalence of Alcohol and other Psychoactive Substances in Drivers in general Traffic Part I: General results*. DRUID. 6 th Framework Programme.
- Howsepian, B. A., & Peruzzi, T. V. (2009). *Religious Beliefs, Social support, Self-efficacy and adjustment to Cancer*. *Psycho-oncology*, 18, 1069-1079.
- Ingrand, I. (2008). *La Prévention : Les principaux modèles d'intervention et leur application*. *La Prevention*, 1-58.
- Irwin, J. (1990). *The Theoretical Concept of at-risk Adolescents*. *Adolescent medicine: State of the Art Reviews*, 1, 1-14.

- Irwin, C. E., & Millstein, S. G. (1991). Correlates and Predictors of Risk-taking Behavior. In Lipsit, L. P., & Mitnick, L. L. (Eds.), *Self-regularity Behavior and Risk taking: Causes and Consequences* (pp. 3-21). Norwood, N. J.: Ablex.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). *The Health Belief Model: A decade later. Health Education Quarterly, 11*(1), 1–47.
- Jelalian, E., Alday, S., Spirito, A., & coll. (2000). *Adolescent Motor vehicle crashes: The relationship between Behavioral factors and Self-reported injury. Journal of Adolescent Health, 27*, 84-93.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1977). *Problem Behavior and Development: A longitudinal study of Youth*. New-York: Academic Press.
- Jessor, R. (1992). *Risk Behavior in Adolescence: A Psychological framework for understanding and action. Development Review, 12*, 374-390.
- Jhonii, P. L. (2016). *Examination of Constructs of HBM as Predictors of Haitians 'men* (Thesis Dissertation, Barry University, USA).
- Jonah, B., Thiesen, R., & Au-Yeung, E. (2001). *Sensation seeking, Risk driving and Behavior adaptation. Accident Analysis and Prevention, 33* (5), 679-684.
- Jonah, B. A. (1997). *Sensation seeking and Risk driving: A Review and Synthesis of the Literature. Accident Analysis and Prevention, 29*(5), 651-684.
- Jones, C., Jensen, J., Scherr, C., Brown, N., Christy, K., & Weaver, J. (2015). *The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. Health Communication, 30*, 566-576.
- Kaufmann, V. (1969). *La Confiance Technique : Théorie Mathématique de la Fiabilité*. Paris: Dunod.
- Kempf, D. S. (1999). *Attitude formation from product trial: Distinct roles of Cognition and Affect for Hedonic and Functional products. Psychology and Marketing, 16*(1), 35-50.
- Klein, C., & Helweg-Larsen, M. (2002). *Perceived Control and the Optimistic Bias: A Metaanalytic Review. Psychology and Health, 17*(4), 437-446.

- Koch, J., Zhu, Z., Cannon, J., Armstrong, M., & Owen, D. (2005). *College students, Tattooing, and the Health Belief Model: Extending Social Psychological Perspective on Youth Culture and Deviance*. *Sociological Spectrum*, 25(1), 79-102.
- Kouabenan, D. R. (1998). *Beliefs and The Perception of Risks and Accidents*. *Risk Analysis*, 18 (3), 243-252.
- Kouabenan, D. R. (1999). *Explication Naïve de l'Accident et Prévention*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kouabenan, D. R. (2000a). *Décision, Perception du Risque et Sécurité*. In Bernaud, J-L. et Lemoine, C. (Eds.), *Traité de Psychologie du Travail et des Organisations* (pp. 25-45). Paris : Dunod.
- Kouabenan, D. R. (2006). *Introduction : Psychologie du Risque ou pourquoi étudier la Perception et l'Evaluation du Risque ?* In Kouabenan, D. R., Cadet, D., & Herman, M.T. (2006). Bruxelles: De Boeck.
- Kouabenan, D. R., Cadet, B., Hermand, D., & Muñoz Sastre, M.T. (2006). *Psychologie du Risque : Identifier, Evaluer, Prévenir*. Bruxelles: De Boeck.
- Kruglanski, A.W., & Ajzen, I. (1983). *Biais and Error in Human Judgment*. *European Journal of Social Psychology*, 13, 1-44.
- Lajunen, T., Parker, D., & Stradling, S. G. (1998). *Dimensions of Driver anger, Aggressive and highway code Violations and their mediation by Safety orientation in UK Drivers*. *Transportation Research Part F*, 1, 107-121.
- Lajunen, T., & Räsänen, M. (2001). *Why Teenagers owning a Bicycle helmet do not use their helmets*. *J Saf Res*. 32 (3), 323–32.
- Lapsley, D. K. (2003). *The two faces of Adolescent Invulnerability*. In D. Romer (Ed.), *Reducing Adolescent Risk: Toward and integrated Approach* (pp. 25-31). Pennsylvania: Ennenberg Public Policy Center.
- Le Breton, D. (1991). *Passions du Risque*. Paris : Médaillé.
- Le Breton, D. (1995). *La Sociologie du Risque*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2004). *Conduits à risques*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Lejoyeux, M., Tassain, V., & Adès, J. (1996). *Aspects Cliniques et Psychologiques des Conduites de Risques. Neuro Psy, 11*, 314-323.
- Leplat, J. (2003). *Questions autour de la Notion de Risque. Les Risques Professionnels: Evolution des Approches, Nouvelles Perspectives*. Québec : Octares.
- Leplat, J. (2006). *Risque et Perception du Risque dans l'activité*. In Kouabenan, D.R., Cadet, B., Hermand, D., & Munoz, M.T. Sastre (Eds.), *Psychologie du Risque : Identifier, Evaluer et Prévenir les Risques*. Bruxelles: De Boeck.
- Lewin, I. (1982). *Driver Training: A Perceptual-motor Skill Approach. Ergonomics, 25*, 917-924.
- Low, B. K. L., Man, S. S., & Chan, A. H. S. (2018). *Risk taking Propensity of Construction workers an Application of Quasi-Expert Interview. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(2250)*, 1-11.
- Machin, M. A., & Sankey, K. S. (2008). *Relationships between Young Drivers' personality Characteristics, Risk Perceptions, and Driving Behavior. Accident Analysis and Prevention, 40*, 541-547.
- Mafany, M. P. (1998). *Décret n° 99/37/CAB/PM du 20 janvier 1998 fixant les modalités de fonctionnement des stations de pesage routier (Décret)*. Services du Premier Ministre, République du Cameroun, Yaoundé.
- Maisonneuve, J. (1982). *Psychologie Sociale III: Groupes. Bulletin de Psychologie, 6*, 440-445.
- Mallet, P. (2005). *A quoi tient la Propension des Adolescents de 15 ans, places dans des situations fictives, à conduire imprudemment une voiture? Les poids respectifs des pairs et de la Personnalité*. In M.A. Granié (Ed.), *Développement Social et Sécurité Routière. Rapport final de recherche sur subvention PREDIT/DSCR* (pp. 161-173). Paris (Arcueil): INRETS.
- Maltête, S. (2012). *Construction d'un Questionnaire explorant les Déterminants Socio-Psychologiques de la non prise de rendez- vous chez le dermatologue chez des patients à risque adressés pour une lésion suspecte de mélanome* (Thèse de Doctorat, Université de Nantes, France).

- Marwell, G., Aiken, M. T., & Demerath, N. J. (1987). *The Persistence of Political Attitudes among 1960s Civil Rights Activists. Public Opinion Quarterly*, 51, 359- 375.
- Mayaki, F. (2008). *Effet des Croyances, des Normes et des valeurs sur les Changements d'Attitude : Exemple de la Planification Familiale au Niger* (Thèse de doctorat, Université Pierre Mendès, Grenoble II, France).
- Mafany, M. P. (1999). *Décret n° 99 724 PM du 25 aout 1999 portant création du Comité National de Sécurité Routière* (Décret). Services du Premier Ministre, République du Cameroun, Yaoundé.
- Mbaye, S. (2009). *Mieux connaître les Processus Sociocognitifs et Culturels à l'œuvre dans l'explication des Dysfonctionnements passés pour améliorer le Retour d'Expérience* (Thèse de doctorat, Université Pierre Mendès, Grenoble II, France).
- Meesmann, U., Martensen, H., & Dupont, E.(2013). *Impact de la Norme Sociale et du Risque d'être contrôlé sur la conduite sous influence d'alcool: La Belgique comparée à 18 pays européens*. Bruxelles, Belgique: Institut Belge pour la Sécurité Routière Centre de Connaissance Sécurité Routière.
- McCullough, G., Huebner, E. S., & Laughlin, J. E. (2000). *Life events, Self-concept, and Adolescents' positive Subjective well-being. Psychology in the Schools*, 37, 281-290.
- McGuire, F. L. (1976). *Personality Factors in Highway Accident. Human Factors*, 18(5), 433-442.
- Meyer, T., & Delhomme, P. (2000). *Bénéficiaire plus qu'Autrui des messages de Prévention et échapper plus qu'autrui aux Risques. Santé Publique*, 12(2), 133-147.
- Michel, E.,& Jouglà, E. (2001). *Mortalité liée à l'Imprégnation Ethylique Chronique en France : Expertise Collective*. Paris : (Ed.). INSERM.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Simeoni, M.C. (2002). *Prise de Risque chez les Jeunes. Les Conduites Dangereuses en Véhicules Motorisés. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50, 583-589.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D.,& Mouren-Simeoni, M.C. (2006). *Clinique et Recherche sur les Conduites à Risques chez l'Adolescent. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54, 62-76.

- Michon, J.A. (1985). *A Critical view of Driver Behavior Models: What do we know, what should we do?* In L. Evans, & R.C., Schwing (Eds.), *Human Behavior and Traffic Safety* (pp. 56-64). New York: Plenum Press.
- Miller, P. M., Smith, G. T., & Goldman, M. S. (1990). *Emergence of Alcohol Expectancies in Childhood: A Possible Critical Period. Journal of Studies on Alcohol, 51*, 343-349.
- Ministère des Transports. (2005). *La Sécurité Routière au Cameroun*.
- Ministère des Transports. (2017). *Evaluation de la Performance en Sécurité Routière (Rapport)*. Yaoundé, Cameroun.
- Ministère des Transports. (2006). *La Sécurité Routière au Cameroun*.
- Ministère des Transports. (2010). *Evaluation de la Performance en Sécurité Routière (Rapport)*. Yaoundé, Cameroun.
- Monteau, M. (1997). *Prise de Risque, Dérives et autres Imprudences*. Paris: IRNS.
- Mørch, L., Johansen, D., Lokkegaard, E., hundrup, Y., & Gronbaek, M. (2008). *Drinking Pattern and Mortality in Danish nurses. Eur J Clin Nutr, 62*, 817-22.
- Morris, M. W., & Peng, K. (1994). *Culture and Cause: American and Chinese Attributions for Social and Physical Events. Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 949-971.
- Morisset, N., Terrade, F., & Somat, A. (2010). *Perceived Self-efficacy and Risky Driving Behaviors. The Mediating role of Subjective Risk Judgment. Swiss Journal of Psychology, 69(4)*, 233-238.
- Morowatisharifabad, M. A. (2009). *The Health Belief Model variables as Predictors of Risky Driving Behaviors among Commuters in Yazd, Iran. Traffic Inj Prev, 10(5)*, 436-40.
- Mvessomba, A. E., M'Bédé, R., & Deconchy, J. P. (2009): *Herméneutique radicale et Proximité inter-groupes. Catholiques traditionnels, Catholiques charismatiques et Pentecôtistes au Cameroun, Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 84*, 59-79.
- Mvessomba, A. E. (2012). *Eléments de Psychologie Sociale pour l'Analyse des Relations inter-groupes. Tome II. Fondamentaux Historiques, Méthodologiques et Conceptuels*. Yaoundé : Presses Universitaires de Yaoundé.
- Mvessomba, A. E., & Deconchy J.P. (2012). *Perception du réglage de l'Appartenance entre groupes Religieux. Catholiques traditionnels, Catholiques charismatiques et Pentecôtistes au Cameroun. Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 94*, 319-

- Mvessomba, A. E. (2016). *Pour une Psychologie de la Santé : Une Approche Psychosociale*. Paris: L'Harmattan.
- Mvessomba, A. E., Ngah Essomba, H. C., & Vigto, P. C. (2017). *La Prise de Risque Routière au Cameroun*. Yaoundé : L'Harmattan.
- Mvessomba, A. E. (2021). *Fatalisme et Prise de Risque Routier au Cameroun*. Yaoundé : L'Harmattan.
- Nache, C. M., & Trudeau, F. (2000). *Déterminants Psychosociaux des Comportements de Santé : Approches Théoriques et Opérationnalisation en Education pour la Santé*. *Revue de Recherche en Education*, 25, 89-109.
- Namayala, P. (2020). *Développement du Système Embarqué Phesto de Smart Helmet Motor Cycles*. Université des sciences et technologies de Mbeya. Tanzanie.
- Näätänen, R., & Summala, H. (1976). *A Model for the role of Motivational factors in Drivers' decision-making*. *Accident Analysis and Prevention*, 6, 243-261.
- Näätänen, R., & Summala, H. (1974). *Road user Behaviour and Traffic Accidents*. Amsterdam: North-Holland.
- Ngah Essomba, H., C. (2012). *Invulnérabilité, Croyances et Prise de Risque au Volant chez les Jeunes Conducteurs Camerounais et Français* (Mémoire de master, Université de Yaoundé I, Cameroun).
- Ngoumbe, Z. (2011). *La Prévention Routière en zone CEMAC : Le Cas du Cameroun*. Communication présentée aux Etats Généraux de la Prévention Routière en Afrique organisé par la fédération des sociétés d'assurances de droit national africaines (FANAF), Yaoundé, Extrait de: http://www.fanaf.com/2011_EXPOSE_MINISTRE_INTERIEUR_T%20ETAT_GENRAUX_PREVENTION_ROUTIERE_FANAF.pdf
- Ngoumbe, Z. (2004). *Prise en Compte des données Spécifiques de Sécurité Routière dans la Construction des Routes africaines par l'Exploitation du Bulletin d'Analyse des Accidents de la Circulation (BAAC) : Cas du Cameroun* (Rapport). Yaoundé, Cameroun.
- Ngueutsa, R. (2012). *Croyances et Comportements de Sécurité des Usagers et Agents du*

Trafic Routier : Une Etude des Perceptions et de l'Explication Naïve des Accidents de la route au Cameroun (Thèse de doctorat, Université de Grenoble, Grenoble, France).

Nkolzock Komtsindi, V. et Djebi Tcham, G. (2018). *Croyances Irrationnelles et Conduite à risques chez les Conducteurs de motos-taxis du transport urbain au Cameroun*. NODUS SCIENDI, 23. 2308-7676.

Noumbissié, C. D. (2010). *Attitudes et Changement de Comportement sexuel face au VIH/Sida: De l'Intention d'agir à l'action. Etude de la Résistance à l'usage du préservatif chez les Adolescents-élèves des classes de terminales de Yaoundé* (Thèse de doctorat, Université de Yaoundé I, Cameroun et Université Lumière Lyon 2, France).

Norenzayan, A., & Lee, A. (2010). *It was meant to happen: Explaining Cultural variations in fate Attribution*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (5), 702-720.

Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. (2009). *La Sécurité Routière en France : Bilan de l'Accidentalité de l'année 2009* (Rapport), Paris. Extrait de : www.securite-routiere-gouv.fr

Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. (2017). *La sécurité routière en France : bilan de l'accidentalité de l'année 2017* (Rapport), Paris. Extrait de : www.securite-routiere-gouv.fr

Okun, A. H., Guerin, R. J., & Schulte, P. A. (2017). *Foundational Workplace Safety and Health Competencies for the Emerging Workforce*. *Journal Safety Responsibility*, 59, 43-51.

Organisation Mondiale de la Santé. (1960). *Rapport Annuel du Directeur Général à l'Assemblée Mondiale de la Santé et aux Nations Unies* (Rapport). Genève.

Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Rapport Mondial sur la Prévention des Traumatismes dus aux Accidents de la Circulation routière* (Rapport). Genève.

Organisation Mondiale de la Santé. (2009). *Rapport de la Situation sur la Sécurité Routière dans le Monde : Il est temps d'agir*(Rapport). Genève.

Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Plan Mondial pour la Décennie d'Action pour la Sécurité Routière 2011-2020*(Rapport). Genève.

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Rapport de la Situation sur la Sécurité Routière dans le Monde*(Rapport). Genève.

- Organisation pour la Sécurité Routière et la Prévention. (2010). *Décennie d'Action pour la Sécurité Routière*(Rapport). Genève.
- Oruogi, M., Hekmatpou, D., & Javaheri, J. (2014). *The Implication of Health Belief Model to Promote the Performance of Motorcyclists using Helmets in Markazi Province (arack) in Iran. Iran J Epidemiol*, 9 (3), 37-44.
- Oubrayrie-Roussel, N., & Safont-Mottay, C. (2001). *Conduites à Risques et Dévalorisation de Soi: Etude de la Consommation de Toxiques (Tabac, Alcool et Drogue) chez les Adolescents Scolarisés. Accident Analysis and Prevention*, 2(1), 59-75.
- Özbay, I. (2017). *The Relationship between the Health Belief Model constructs and Driver Behaviors: Mediating role of Driving Skills*. Middle East Technical University.
- Palat, B. (2013). *Etudes Déclaratives et Comportementales (simulateurs) de la Prise de Decision aux feux tricolores: Interaction entre facteurs Socio-Psychologiques et Contextuels* (Thèse de Doctorat, Université Paris 8, France).
- Paquet, Y. (2009). *Psychologie du Contrôle : Théorie et Applications*. De Boeck: Bruxelles.
- Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., Mohan, D., Hyder, A. A., Jarawan, E., & Mathers, C. (2004). *Rapport Mondial sur la Prévention des Traumatismes dus aux Accidents de la Circulation* (Rapport). Organisation Mondiale de la Santé, Genève. Extrait de : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/intro_fr.pdf
- Peltzer, K., & Renner, W. (2003). *Superstition, Risk-taking and Risk Perception of Accidents among South African Taxi Drivers. Accident Analysis and Prevention*, 35, 619-623.
- Pepitone, A., & Saffiotti, L. (1997). *The Selectivity of Nonmaterial Beliefs in Interpreting Life Events. European Journal of Social Psychology*, 27, 23-35.
- Perloff, L., S. (1983). *Perceptions of Vulnerability to Victimization. J So*, 39, 41-61.
- Peretti-Watel. (2001). *La Société du Risque*. Paris : La Découverte.
- Petty, R. E., Priester, J. R., & Wegener, D. T. (1994). *Cognitive Processes in Attitude Change*. In R. S. Wyer, Jr., & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of Social Cognition* (pp.28-70). Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates Inc.

- Pilaeva, K. (2009). *Perception et Evaluation du Risque espace Cognitif et « Pattern » Décisionnel des Capital-risqueurs*(Mémoire en Maîtrise des Administrations des affaires, Université du Québec, Canada).
- Poulson, R. L. Bradshaw, S. D., Huff, J. M., Peebles, L. L., & Hilton, D. B. (2008). *Risky Sex Behaviors among African American College Students: The Influence of Alcohol, Marijuana, and Religiosity. North American Journal of Psychology, 10(3)*, 529-542.
- Powe, B. D. (1996). *Cancer Fatalism: Spiritual Perspectives. Journal of Religion and Health, 36*, 137-144.
- Powe, B.D. (2001). *Cancer Fatalism among Elderly African-American women: Predictors of the Intensity of the Perceptions. Journal of Psychosocial Oncology, 19*, 85-96.
- Razmara, A., & Aghamolaei, T., Madani, A., Hosseini, Z., & Zare, S. (2018). *Prediction of Safe Driving Behaviours based on Health Belief Model: The Case of Taxi Drivers in Bandar Abbas, Iran. BMC Public Health. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5300-5>*
- Reynolds, W. R. (2006). *Initial Development of a Cultural Values and Beliefs Scale among Dakota Nakota Lakota people: A pilot Study. Journal of the National Center, 13(3)*, 70-93.
- Riguelle, F. (2013). *Mesure Nationale de Comportement « Conduite sous influence d'Alcool »*. Bruxelles, Belgique: Institut Belge pour la Sécurité Routière – Centre de Connaissance Sécurité Routière.
- Rimmo, P., & Alberg, L. (1999). *On the distinction between Violation and Errors: Sensation Seeking Association. Transportation Research, 2F*, 151-166.
- Rodin, J. (1986). *Aging and health: effects of the sense of control. Science. 233 (4770)*, 1271-6. Doi: 10.1126/science.3749877
- Rodriguez-Tome, H., Jackson, S., & Bariaud, F. (1997). *Regards Actuels sur l'Adolescence*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rogers, R. W. (1983). *Cognitive and Psychological Processes in fear Appeals and Attitude Change. A Theory of Protection Motivation*. In J; Cacioppo, & R. E. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-176). New York, NY: Guilford Press.

- Rosenbloom, T. (2003a). *Risk Evaluation and Risk Behavior of High and Low Sensation Seekers. Social Behaviour and Personality*, 31(4), 375-386.
- Rosenstock, I. M. (1974). *The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monograph*, 2(4), 354-386.
- Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., Pargament, K. I., & Krumrei, E. J. (2009). *Are Religious Beliefs Relevant to Mental Health Among Jews? Psychology of Religion and Spirituality*, 1(3), 180-190.
- Rothbart, M. k., & Bates, J. E. (1998). *Temperament*. In Eisenberg. N. (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Social Emotional and Personality Development* (pp. 223-235). New York: Wiley.
- Rousseau, C., & Monteau, M. (1991). *La fonction de prévention chez l'opérateur : mise en évidence de conduites sécuritaires au cours d'une activité de chantier*. Paris: IRNS.
- Rumar, K. (1985). *The Role of Perceptual and Cognitive filters in Observed Behavior*. In L. Evans, & R. C. Schwing (Eds.), *Human Behavior and Traffic Safety* (pp. 151-170). New York: Wiley.
- Rumar, K. (1988). *Collective Risk but Individual Safety*. *Ergonomics*, 31, 507-518.
- Savage, L. J. (1954). *The Foundations of Statistics*. New York: Wiley.
- Savolainen, P., & Mannering, F. (2005). *Efficacité de la Formation Moto et Comportement à Risque des Motocyclistes*.
- Secrétariat d'Etat à la Défense. (2009). *Statistiques Annuelles des Accidents de la Circulation*. Document manuscrit, inédit.
- Secrétariat d'Etat à la Défense. (2013). *Statistiques Annuelles des Accidents de la Circulation*. Document manuscrit, inédit.
- Scheier, M. F., Magovern, G. J. S., Abbott, R. A., Matthews, K. A., Owens, J. F., Lefebvre, R. C., et al. (1989). Dispositional Optimism and Recovery from Coronary artery bypass Surgery: The Beneficial Effects on Physical and Psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Schuman, S. H., Pelz, D. C, Elrlich, N. J., & Selzer, M. I. (1967). *Young Male Drivers, Impulse Expression, Accidents and Violation. Journal of the American Medical Association*, 1200(12), 1026-1030.

- Schwartz, S. H. (1999). *A Theory of Cultural Values and Some Implications for work. Applied Psychology: An International Review*, 48(1), 23-47.
- Seirmarco, G., Neria, Y., Insel, B., Kiper, D., Doruk, A., Litz, B., & Gross, R. (2012). *Religiosity and Mental Health: Changes in Religious Beliefs, Complicated Grief, Posttraumatic Stress Disorder, and Major Depression Following the September 11, 2001 Attacks. Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 10-18.
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). *Psychosocial correlates of Heterosexual Condom use: A meta-analysis. Am Psychol Assoc.* 125, 90-132.
- Sheeran, P. (2002). *Intention-Behavior Relations: A Conceptual and Empirical review. European Review of Social Psychology*, 12, 1-36.
- Sherif, M. (1935). *A Study of Some Social factors in Perception. Archives of Psychology*, 27(187), 17-22.
- Sillamy, N. (2010). *Dictionnaire de la Psychologie*. Paris, Larousse.
- Sisiopiku, V. P., & Cotten, S. R. (2016). *Information en ligne sur la Sécurité des Motocyclettes: La Recherche et sa Relation avec la Prise de Risque et les Comportements Protecteurs*. Center for Connected Health, Partners HealthCare and Harvard Medical School, Research Fellow.
- Slovic, P., & Fischhoff, B. (1979). *Rating the Risk. Environment*, 21 (3), 36-39.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1981). *Perceived Risk: Psychological Factors and Social Implications. Proceedings of the Royal Society of London*, A376, 17-34.
- Spolander, K. (1983). *Drivers' Assessment of their own Driving Ability*. Swedish National Road and Transport Research Institute (VTI). ISSN: 0347-6030.
- Steele, C. M., & Joseph, R. A. (1990). *Alcohol Myopia: Its Prize and Dangerous Effects. Am Psychol.* 45(8) 921-933.
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). *The Health Belief Model*. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Sultan, B., & Bureau, B. (1999). *Which Optimism is Health Psychology? European Review of Applied Psychology*, 49, 43-51.

- Sweedler, B. M. (1995). *Strategies for Dealing with the Persistent Drinking Driving*. In Kloeden C. N., and Mc Lean, (Eds.), *Alcohol, Drugs and Traffic Safety*. Adelaide: University of Adelaide (pp. 859-866).
- Tapia, C., & Roussay, P. (1991). *Les Attitudes*. Paris, Editions d'Organisation.
- Tavafian, S. S., Aghamolaei, T., Gregory, D., & Madani, A. (2011). *Prediction of Seat belt use among Iranian Automobile Drivers: Application of the Theory of Planned Behavior and the Health Belief Model*. *Traffic Inj Prev*, 12(1), 48-53.
- Taylor, S. E., & Brown, J.D. (1994). *Illusion and well-being: A Social Psychological Perspective on Mental Health*. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Tchana, S. C. (2014). *Recherche de sensations et prise de risques au guidon chez les adolescents : cas des conducteurs de motos taxis* [Master non publié]. Université de Yaounde I, Cameroun.
- Têtu, I. (2009). *Théorie du Comportement Planifié pour explorer l'Intention des infirmières d'urgence d'agir selon le motif de consultation des personnes utilisatrices de drogues injectables* (Mémoire de Master, Université Laval, Québec).
- Thomson, P. B. (1986). *The Philosophical Foundation of Risk*. *Southern Journal of Philosophy*, 24(2), 273-286.
- Tsanga, A. J. (1998). *Arrêté n° 011/A/MINT du 23 février 1998 portant réglementation de la visite technique des véhicules*, Ministère des Transports, République du Cameroun.
- Tsanga, A. J. (2000). *Arrêté N° 00406/A/MINT/DIT du 28 Avril 2000 portant réglementation du permis de conduire et des auto-écoles*. Ministère des Transports, République du Cameroun.
- Turner, C., McClure, R., & Pirozzo, S. (2004). *Injury and Risk-taking Behavior-A- Systematic Review*. *Accident Analysis and Prevention*, 39, 93-101.
- Tuner, L. W., Hunt, S. B., Dibrezzo, R., & Jones, C. (2004). *Design and Implementation of an Osteoporosis Prevention Program using the Health Belief Model*. *American Journal of Health Studies*, 19, 115-121.
- Tourangeau, R., et Rasinski, K. A. (1998). *Cognitive Processes Underlying Context effects in Attitude Measurement*. *Psychological Bulletin*, 103, 299-314.

- Turz A., Courcuise, V., Jeanneret, O., & Sand, A. (1986). *Comportements de Prise de Risque et d'Accidents à l'Adolescence dans les Pays Développés. Revue Epidémiologique et de Santé Publique*, 34, 81-88.
- Ulleberg, P. (2002). Personality Subtype of Young Drivers. Relationship to Risk taking Preferences, Accident involvement and Response to a Traffic Transportation. *Research part F: Traffic Psychology and Behavior*, 4(4), 279-297.
- Ulleberg, P., & Rundmo, T. (2003). *Personality, Attitudes and Risk Perception as Predictors of Risky Driving Behavior among Young Drivers. Safety Science*, 41, 427- 443.
- Van Der Molen, H. H., & Botticher, A. M. T. (1986). *A Hierarchical Risk Model for Traffic Participants. Ergonomics*, 31(4), 537-555.
- Visagie, J., Swanepoel, J., & Ukpere, W. I. (2014). *Exploration of Psychological and Handling of Unsafe acts and Misconducts in Workplace. Mediterranean Journal of Social Sciences*, 20(5), 997-1012.
- Von Neuman, J., & Morgenstern, O. (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*. (2nded.). Princeton, N. J: Princeton University Press.
- Wallace, S. L. (2002). *Osteoporosis Prevention in College Women: Application of Expanded Health Belief Model. American Journal of Health Behavior*, 26(3), 133-172.
- Watson, B., Tunnicliff, D., White, K., Schonfeld, C., & Wishart, D. (2007). *Facteurs Psychologiques et Sociaux Influençant les Intentions et le Comportement des Motards*. www.atsb.gov.au.
- Weinstein, N. D. (1980). *Unrealistic Optimism about future life Events. Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- Weinstein, N. D. (1984). *Why it won't happen to me: Perceptions of Risk Factors and Susceptibility. Health Psychology*, 3, 431-457.
- Weinstein, N. D. (1987) *Unrealistic Optimism about Susceptibility to Health-Problems: Conclusions from a Community-Wide Sample. Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.<http://dx.doi.org/10.1007/BF00846146>
- Wilde, G.J.S. (1982). *The Theory of Risk Homeostasis: Implications for Safety and Health. Risk Analysis*, 24, 81-84.

- Wilson, T. D., & Hodges, S. D. (1992). *Attitudes as Temporary Constructions*. In L. L. Martin & A. Tesser (Eds.), *The Construction of Social Judgments* (pp.123-166). Hillsdales: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Yates, J. F., & Stone, E. R. (1992). *The Risk Construct. Risk Taking Behavior*. New York: Wiley.
- Yep, G. A. (1993). *HIV Prevention among Asian American College Students: Does the Health Belief Model Work?* *Journal of American College Health*, 45(5), 199-205.
- Yoo, B., Donthu, N., & Lenartowics, T. (2011). *Measuring Hofstede's Five Dimensions of Cultural Values at the Individual Level: Development and Validation of CV SCALE*. *Journal of International Consumer Marketing*, 23, 193-210.
- Yu, J., & Williford, W. R. (1993). *Problem Drinking and High-Risk Driving: An Analysis of Official and Self-Reported Drinking-Driving*. *New York: Addiction*, 88, 219-228.
- Zuckerman, M. (1974). *The Sensation Seeking Motive*. In B. Maher (Ed.), *Progress in Experimental Personality Research*, 7, (pp.79-148). New-York: Academy Press.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking and Risk-taking*. In Izard, C.E. (Ed.), *Emotions in Personality and Psychopathology* (pp.256-278). New-York: Plenum Press.
- Zuckerman, M., & Neeb, M. (1980). *Demographic Influences in Sensation Seeking and Expressions of Sensation Seeking in Religion, smoking and Driving Habits*. *Personality and Individual Differences*, 1, 197-206.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. New-York: Cambridge University Press.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Attestation de recherche

Annexe 3 : Demande de recueil des statistiques sur les accidents de mototaxis

Annexe 4 : Tableaux de l'Alpha de Cronbach

QUESTIONNAIRE

ENQUETE SUR LES COMPORTEMENTS DES MOTOS TAXIMEN



Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de master portant sur les comportements des motos taximen, nous aimerions avoir votre contribution à la réalisation de cette étude en répondant à ce questionnaire. La sincérité de vos réponses est souhaitée. Aucune réponse n'est vraie ni fausse. Nous vous garantissons également que l'anonymat et la confidentialité totale de vos réponses seront préservés conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les enquêtes statistiques et les recensements au Cameroun.

Université de Yaoundé I
Département de Psychologie

Avant de commencer, merci de lire le texte ci-dessous :

Une étude du Pr Zinga (2020) montre que les conducteurs de motos taxis qui croient en Dieu, qui utilisent les objets de piété (chapelet, crucifix, effigies de saints, les versets bibliques...) et pratiquent les rituelles (ablutions, scarifications, bénédictions, prières...) sont protégés des accidents même s'ils adoptent les comportements dangereux sur la route lorsqu'ils conduisent. Des statistiques récentes montrent que 95% de ces conducteurs s'en sortent sains et saufs par exemples lorsqu'ils circulent entre les voitures, conduisent sans casque de sécurité, surchargent, boivent de l'alcool au guidon et conduisent à une vitesse excessive.

QUE PENSEZ-VOUS DE CETTE INFORMATION ?

Q1 Etiez-vous au courant de cette information ? OUI NON

Q2 Que retenez-vous de ce texte ?.....

Q3 Que pensez-vous de cette information ?.....

.....

Vos comportements en rapport avec la prise de risque

À partir de l'échelle à cinq points: Pas du tout d'accord (1) à Tout à fait d'accord (5), cochez la réponse correspondant à votre situation personnelle.

1= Pas du tout d'accord ; 2=Pas d'accord ; 3=Ni d'accord, ni en désaccord ; 4= D'accord et 5= Tout à fait d'accord

ATTITUDE

Q4. Pour moi, il est très pénible de porter le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q5. Pour moi, il est très pénible de respecter l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q6. Pour moi, il est important de porter le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q7. Pour moi, il est important de respecter l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q8. Pour moi, toujours porter le casque en conduisant est indispensable

1 2 3 4 5

Q9. Pour moi, toujours respecter l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant est

indispensable 1 2 3 4 5

Q10. Pour moi, il est bénéfique de porter le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q11. Pour moi, il est bénéfique de boire de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

NORMES SUBJECTIVES

Q12. Mes amis pensent que je devrais porter le casque

1 2 3 4 5

Q13. Mes amis pensent que je dois respecter l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q14. Mes parents pensent que je devrais porter le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q15. Mes parents pensent que je devrais respecter l'interdiction de boire de l'alcool en

conduisant 1 2 3 4 5

Q16. Mes collègues pensent que je devrais porter le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q17. Mes collègues pensent que je devrais respecter l'interdiction de boire de l'alcool en

conduisant 1 2 3 4 5

Q18. Mes amis portent le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q19. Mes collègues respectent l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q20. La plupart de mes amis portent le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q21. La plupart de mes amis respectent l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q22. La plupart de mes collègues portent le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q23. La plupart de mes collègues respectent l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

CONTRÔLE COMPORTEMENTAL PERCU Q24.

Face à un trafic dense et un danger de collision sur la route, il serait facile pour moi

de réagir de manière appropriée même si je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q25. Face à un danger de collision et un moment d'inattention, il serait facile pour moi

de réagir de manière appropriée même si je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

INTENTION

Q26. J'ai l'intention de respecter le port du casque lors de mes prochains déplacements

1

..... 2 3 4 5

- Q27. J'ai l'intention de respecter l'interdiction de boire de l'alcool au guidon lors de mes prochains déplacements 1234 5
- Q28. Au cours des trois prochains mois, je prévois porter le casque en conduisant
1 2345
- Q29. Au cours des trois prochains mois, je prévois respecter l'interdiction de boire de l'alcool en conduisant 1 2345
- Q30. Je planifie de porter le casque en conduisant lors de mes prochains déplacements 12345
- Q31. Je planifie de boire de l'alcool en conduisant lors de mes prochains déplacements
1 234 5

VOS CROYANCES

Indiquez votre degré d'accord avec les phrases suivantes

1= Pas du tout d'accord ; 2=Pas d'accord ; 3=Ni d'accord, ni en désaccord ; 4= D'accord et 5= Tout à fait d'accord

- Q32. Dieu participe à ma décision de porter le casque en conduisant
1 2345
- Q33. Dieu participe à ma décision de boire de l'alcool en conduisant
1 2345
- Q34. Les prières participent à ma décision de porter le casque en conduisant
1 2345
- Q35. Les prières participent à ma décision de boire de l'alcool en conduisant
1 2 345
- Q36. Les bénédictions participent à ma décision de porter le casque en conduisant
1 2 345
- Q37. Les bénédictions participent à ma décision de boire de l'alcool en conduisant
1 2345
- Q38. Dieu joue un rôle dans l'augmentation ou la baisse de mon désir de porter le casque en conduisant 12345
- Q39. Dieu joue un rôle dans l'augmentation ou la baisse de ma consommation d'alcool en conduisant 1 2345
- Q40. Les prières jouent un rôle dans l'augmentation ou la baisse de mon désir de porter le casque en conduisant 1 2345
- Q41. Les prières jouent un rôle dans l'augmentation ou la baisse de ma consommation d'alcool en conduisant 1 2345
- Q42. Les bénédictions jouent un rôle dans l'augmentation ou la baisse de mon désir de porter le casque en conduisant 12345
- Q43. Les bénédictions jouent un rôle dans l'augmentation ou la baisse de ma consommation d'alcool en conduisant 12345
- Q44. Je porte le casque en conduisant si Dieu le veut
12345
- Q45. Je bois de l'alcool en conduisant si Dieu le veut
12345
- Q46. Je ne porte pas le casque en conduisant si je prie
12345
- Q47. Je bois de l'alcool en conduisant si je prie
12 345
- Q48. Je ne porte pas le casque en conduisant si je reçois des bénédictions

1 2 3 4 5

Q49. Je bois de l'alcool en conduisant si je reçois des bénédictions

1 2 3 4 5

Q50. Dieu m'aide à gérer les situations de conduite dangereuses pour que je n'aie plus à porter le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q51. Dieu m'aide à gérer les situations de conduite dangereuses même si je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q52. Les prières m'aident à gérer les situations de conduite dangereuses pour que je n'aie plus à porter le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q53. Les prières m'aident à gérer les situations de conduite dangereuses même si je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q54. Les bénédictions m'aident à gérer les situations de conduite dangereuses pour que je n'aie plus à porter le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q55. Les bénédictions m'aident à gérer les situations de conduite dangereuses même si je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q56. C'est la volonté de Dieu si je fais l'accident parce que je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q57. C'est la volonté de Dieu si je fais l'accident parce que je bois en conduisant

1 2 3 4 5

Q58. Si je ne prie pas, je fais l'accident parce que je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q59. Si je ne prie pas, je fais l'accident parce que je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q60. Si je ne suis pas béni, je fais l'accident parce que je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q61. Si je ne suis pas béni, je fais l'accident parce que je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q62. C'est la volonté de Dieu si je cause l'accident de mon collègue parce que je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q63. C'est la volonté de Dieu si je cause l'accident de mon collègue parce que je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q64. Si je ne prie pas, je cause l'accident de mon collègue parce que je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q65. Si je ne prie pas, je cause l'accident de mon collègue parce que je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q66. Si je ne suis pas béni, je cause l'accident de mon collègue parce que je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q67. Si je ne suis pas béni, je cause l'accident de mon collègue parce que je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q68. Quand la peur d'être victime d'accident parce que je ne porte pas le casque en conduisant s'installe, Dieu me protège encore plus et l'inquiétude disparaît

1 2 3 4 5

Q69. Quand la peur d'être victime d'accident parce que je bois de l'alcool en conduisant s'installe, Dieu me protège encore plus et l'inquiétude disparaît

1 2 3 4 5

Q70. Quand la peur d'être victime d'accident parce que je ne porte pas le casque en conduisant s'installe, je prie encore plus et l'inquiétude disparaît

1 2 3 4 5

Q71. Quand la peur d'être victime d'accident parce que je bois de l'alcool en conduisant s'installe, je prie encore plus et l'inquiétude disparaît

Q72. Quand la peur d'être victime d'accident parce que je ne porte pas le casque en conduisant s'installe, je suis béni encore plus et l'inquiétude disparaît

1 2 3 4 5

Q73. Quand la peur d'être victime d'accident parce que je bois de l'alcool en conduisant s'installe, je suis béni encore plus et l'inquiétude disparaît

1 2 3 4 5

Q74. Dieu me permet d'éviter les accidents même quand je ne porte pas le casque en conduisant

1

2 3 4 5

Q75. Dieu me permet d'éviter les accidents même quand je bois de l'alcool en conduisant

1

2 3 4 5

Q76. Les prières me permettent d'éviter les accidents même quand je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q77. Les prières me permettent d'éviter les accidents même quand je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Q78. Les bénédictions me permettent d'éviter les accidents même quand je ne porte pas le casque en conduisant

1 2 3 4 5

Q79. Les bénédictions me permettent d'éviter les accidents même quand je bois de l'alcool en conduisant

1 2 3 4 5

Identification

Cochez la case qui vous correspond

Q80. Âge: 1. 14-24 ; 2. 25-35 ; 3. 36-50

Q81. Niveau d'étude : 1. Primaire ; 2. Secondaire ; 3. Supérieur ; 4. Non scolarisé

Q82. Appartenance religieuse : 1. Catholique ; 2. Protestante ; 3. Musulmane ; 4. Pentecôtiste ; 5. Traditionnelle

Q83. Année d'expérience : 1. 0-5 ; 2. 6-10 ; 3. 11-15

Merci d'avoir accepté de participer à notre enquête.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDEI

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES
HUMAINES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDEI

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Chandel MONEZE EBALE**, professeur titulaire des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **M. Pierre Loti Pitty Baheten**, matricule 031115 est étudiant en psychologie option psychologie sociale expérimentale. Il a libellé son mémoire de Master : **Croyances chrétiennes et prise de risques chez les conducteurs de moto taxis au Cameroun**.

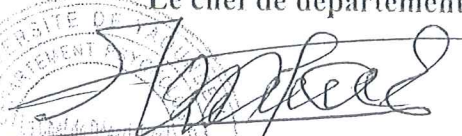
Il travaille sous la direction du Pr. **Edouard Adrien MVESSOMBA** (Maitre de conférences).

Pour mener à terme ce travail, des investigations s'avèrent nécessaires.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le **02 OCT 2021**.

Le chef de département


Chandel Moneze Chandel
Professeur Titulaire

Vendredi, 12 novembre 2021.

PITTY BAHETENI

PIERRE LOTI

ETUDIANT UNIVERSITE

DE YAOUNDE I

TEL: 677018431

694404553

A

MONSIEUR LE COMMANDANT DU

GROUPEMENT REGIONAL DE LA

VOIE PUBLIQUE ET DE LA CIRCULATION

DU CENTRE

2021

Objet: demande
de recueil des
statistiques sur
les accidents de
mototaxis.

J'ai l'honneur de venir auprès
de votre haute bienveillance, vous
de bien vouloir me permettre de recueillir
les statistiques sur les accidents
mototaxis dans votre institution.

En effet, je suis étudiant à l'université
de Yaoundé I, en cycle master et pour
mener à bien ma recherche qui porte sur
la prise de risque des mototaximen au
Cameroun, j'ai besoin d'obtenir des statistiques
sur les accidents de mototaxi
Raison pour laquelle, je sollicite votre autorisation
pour le recueil desdites statistiques.

Veuillez agréer, monsieur le Commandant,
les expressions de ma très haute
considération.

Pièces jointes:
Attestation de
recherche
Protocole de

Tableaux de l'Alpha de Cronbach

Attitude

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	20	100.0
Exclus ^a	0	.0
Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.705	8

Norme injonctives

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	20	100.0
Exclus ^a	0	.0
Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.873	6

Normes descriptives

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	20	100.0
Exclus ^a	0	.0
Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.740	6

Contrôle comportementale perçu

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	20	100.0
Observations Exclus ^a	0	.0
Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.780	2

Intention

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	20	100.0
Observations Exclus ^a	0	.0
Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.816	6

CROYANCES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	20	100.0
Observations Exclus ^a	0	.0
Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.818	16

PRATIQUES RITUELLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	20	100.0
	Exclus ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.826	32

TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	20	100.0
	Exclus ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.867	76

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	i
DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES.....	iv
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PRÉMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	3
CHAPITRE PREMIER: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	4
1.1. Contexte empirique.....	4
1.2. Situation des accidents de la route au Cameroun.....	7
1.3. Statistiques des accidents de motos taxis.....	9
1.4. Les causes des accidents routiers.....	10
1.5. Les conséquences des accidents routiers.....	12
1.6. Les mesures de prévention des accidents routiers.....	13
1.6.1. Les institutions de prévention routière au Cameroun.....	14
1.6.2. Les actions règlementaires.....	18
1.6.3. Les actions de prévention.....	19
1.7. Problème de recherche.....	20
1.8. Constat théorique des accidents routiers.....	21
1.9. Questions de recherche.....	25
1.9.1. Question générale.....	25
1.9.2. Questions spécifiques.....	25
1.10. Objectifs de l'étude.....	25
1.10.1. Objectif général.....	25
1.10.2. Objectifs spécifiques.....	25
1.11. Intérêts de l'étude.....	26
1.11.1. Intérêt scientifique.....	26
1.11.2. L'intérêt social.....	26
1.11.3. Intérêt économique.....	27
1.12. Délimitation de l'étude.....	27
1.12.1. Plan thématique.....	27

1.12.2. Plan géographique	28
1.13. Type de l'étude	28
CHAPITRE DEUXIÈME: REVUE DE LA LITTÉRATURE	30
2.1. Prise de risque	30
2.1.1. Le concept de risque	30
2.1.2. Les définitions du risque	31
2.1.3. Perception du risque	33
2.1.4.1. Le risque objectif	34
2.1.4.2. Le risque subjectif et évaluation subjective du risque	35
2.1.5. Le concept de prise de risque	36
2.1.5.1. Situations de prise de risque	38
2.1.5.2. Cognitivisme et prise de risque	39
2.1.5.3. Personnalité et prise de risque	39
2.1.6. La psychologie sociale et la prise de risque	40
2.1.6.1. Jugement sociétal sur la prise de risque	41
2.1.6.2. Modèles de l'évaluation du risque	43
2.1.6.3. Modèle du risque zéro	43
2.1.6.4. Le modèle d'homéostasie du risque	44
2.1.6.5. Le modèle d'évitement de la menace	44
2.1.6.6. Le modèle hiérarchique du risque	44
2.1.7. Facteurs explicatifs de la prise de risque	45
2.1.7.1. Impulsivité et prise de risque	45
2.1.7.2. Estime de soi et prise de risque	46
2.1.7.3. Invulnérabilité, perception et prise de risque	49
2.1.7.4. Recherche de sensations et prise de risque	51
2.1.8. Facteurs sociodémographiques et prise de risque	54
2.1.8.1. Age et prise de risque	54
2.1.8.2. Sexe, expérience, environnement social et prise de risque	55
2.1.8.3. Niveau d'instruction et prise de risque	56
2.1.9. La prise de risque chez les conducteurs de motos taxis	58
2.1.9.1. La conduite à vitesse élevée	58
2.1.9.2. La consommation d'alcool et de substances psychoactives	59
2.1.9.3. La conduite sans les équipements de sécurité	60
2.1.9.4. La surcharge ou le "bâchage" et le slalom	61
2.2. La notion de croyance	62
2.2.1. Définitions de la notion de croyance	62

2.2.2. Les formes de croyances	62
2.2.2.1. Les croyances fatalistes	64
2.2.2.2. Les croyances de contrôle	64
2.2.2.3. Les croyances au contrôle divin	65
2.2.2.4. Les croyances culturelles.....	65
2.3. Croyances et prise de risque	66
2.3.1. Les croyances fatalistes et prise de risque	66
2.3.2. Les croyances de contrôle et prise de risque	68
2.3.3. Les croyances culturelles et prise de risque	69
2.3.4. Les croyances religieuses et prise de risque	72
CHAPITRE TROISIÈME : THÉORIES EXPLICATIVES DU SUJET	76
3.1. La Théorie de l' Action Raisonnée (TAR)	76
3.1.1. L' intention comportementale	78
3.1.2. Les attitudes.....	79
3.1.3. Les normes subjectives.....	81
3.2. De la Théorie de l' action raisonnée (TAR) à la Théorie du Comportement Planifié (TCP) ..	83
3.2.1. Le contrôle comportemental perçu	85
3.2.2. Application de la théorie du comportement planifié dans le domaine de la prise de risque routier	87
3.3.1. Historique et définition.....	89
3.3.2. Construits du HBM	91
3.3.2.1. Vulnérabilité perçue	91
3.3.2.2. Gravité perçue	92
3.3.2.3. Bénéfices perçus.....	93
3.3.2.4. Obstacles perçus	93
3.3.2.5. Incitateurs d' action	94
3.3.2.6. Auto-efficacité.....	94
3.3.2.7. Le Health Belief Model (HBM) et le risque routier	96
3.3.3. Application du HBM.....	97
DEUXIÈME PARTIE: CADRE OPÉRATOIRE	99
CHAPITRE QUATRIÈME : APPROCHE METHODOLOGIQUE DE L' ETUDE	100
4.1. Site de l' étude et participants	100
4.1.1. Choix du site de l' étude.....	100
4.1.2. Présentation du site.....	101
4.2. Participants	102
4.3. Variables de l' étude.....	103

4.3.1. Variables indépendantes.....	103
4.3.2. Variable dépendante.....	103
4.4. Plan de recherche.....	104
4.5. Hypothèses de l'étude.....	106
4.5.1. Hypothèse générale.....	106
4.5.2. Hypothèses de recherche.....	107
4.6. Choix, élaboration et validation de l'instrument de collecte des données.....	108
4.6.1. Choix de l'instrument de collecte de données.....	108
4.6.2. Elaboration de l'instrument de collecte des données.....	108
4.6.3. Pré-test et validation du questionnaire.....	112
4.7. Procédure de collecte des données.....	114
4.8. Présentation de l'outil de traitement statistique.....	115
4.9. Difficultés rencontrées.....	116
CHAPITRE CINQUIÈME: PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	117
5.1.1.2. Niveau d'instruction et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis.....	119
5.1.1.3. Année d'expérience et prise de risque au travail.....	122
5.1.1.4. Appartenance religieuse et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis.....	124
5.2. Analyse des facteurs principaux.....	126
5.2.1. Croyance en Dieu et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis.....	127
5.2.2. Pratiques rituelles et la prise de risque chez les conducteurs de mototaxis.....	133
CHAPITRE SIXIÈME : SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	140
6.1. Discussion des résultats issus de l'analyse des facteurs secondaires.....	140
6.1.2. Niveau d'instruction et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en rapport avec le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.....	141
6.1.3. Années d'expérience et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en rapport avec le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.....	141
6.1.4. Appartenance religieuse et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis en rapport avec le port du casque et l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.....	142
6.2. Discussion des résultats issus de l'analyse des facteurs principaux.....	142
6.2.1. Croyance en Dieu et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis.....	143
6.2.1.1. Croyance en Dieu et attitudes vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.....	143
6.2.1.2. Croyance en Dieu et normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.....	145
6.2.1.3. Croyance en Dieu et normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.....	146

6.2.1.4. Croyance en Dieu et contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.....	148
6.2.2. Pratiques rituelles et prise de risque chez les conducteurs de mototaxis.....	150
6.2.2.1. Pratiques rituelles et attitude vis-à-vis du port du casque et de l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant	150
6.2.2.2. Pratiques rituelles et normes injonctives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant	152
6.2.2.3. Pratiques rituelles et normes descriptives relatives au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant	154
6.2.2.4. Pratiques rituelles et contrôle comportemental perçu lié au port du casque et à l'interdiction de consommer de l'alcool en conduisant.....	155
CONCLUSION GÉNÉRALE	158
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	160
ANNEXES	186
TABLE DES MATIERES	197