

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL- PATRIE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE (CRFD)
EN SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE
L'EDUCATION ET INGENIERIE EDUCATIVE



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE- WORK-FATHERLAND

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING CENTRE (CRFD) IN SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING SCHOOL IN EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITE CHEZ LES POPULATIONS ET GESTION DES RISQUES DE SANTE LIES À LA MATIERE FECALE

Mémoire présenté et soutenu le 08 septembre 2022 à la Faculté des Sciences de l'Education,

Spécialité : intervention, orientation et éducation extrascolaire

Option : intervention et action communautaire

Par

NDASSI KEUGNI Laurentine

Titulaire d'une LICENCE de PSYCHOLOGIE SOCIALE

Matricule 19P3868



Jury

Président : EBALE MONEZE Chandel,

Rapporteur : NJENGOUÉ NGAMALEU Henri Rodrigue,

Membre : BANINDJEL Joachen,

Professeur;

Maitre de Conférences;

Chargé de Cours.

Septembre 2022

Sommaire

Remerciements.....	iii
Liste des acronymes, sigles et abréviations	iv
Liste des tableaux	v
Liste des figures	viii
Résumé.....	ix
Abstract	x
0. INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : _Cadre conceptuel et théorique de l'étude	9
Chapitre 1 : _Risque sanitaire lié à la matière fécale : perception et représentation pour une bonne gestion	10
Chapitre 2 : _Autoefficacité et comportement de santé : éléments de compréhension pour une gestion des risques réussie :	29
DEUXIEME PARTIE : _Cadre méthodologique et empirique de l'étude	52
Chapitre 3 : _Méthodologie de la recherche	53
Chapitre 4 : _Présentation des résultats et discussion	63
Conclusion générale.....	101
Références bibliographiques.....	105
Annexes.....	112
Tables des matières.....	116

À

Mon neveu feu KENGNI TOCHE Georges Darell

Remerciements

Nous voulons adresser nos sincères remerciements à toutes les personnes qui ont œuvré de près ou de loin à l'édification de ce travail. Nous remercions entre autres :

Notre Directeur de mémoire le Professeur Njengoué Ngamaleu Henri Rodrigue, pour sa grande disponibilité, l'encadrement scientifique et rigoureuse, pour la documentation et pour les conseils prodigués dans le cadre de ce travail ;

Le chef de département d'Education Spécialisée, le professeur Marc Bruno Mayi pour ses multiples conseils.

Les enseignants du département d'Education Spécialisée l'Université de Yaoundé I et pour les enseignements et les conseils prodigués

Le docteur Hona Kisito pour toute son aide.

Mes mamans Ngo Manga Agnès et Martine Ngo Manga.

A mon mari Joseph owona et s nos enfants Marie-Agnès, Albert, Queenta, Moussi, chacun pour son apport.

A mon amie et sœur Irène Guedem pour son soutien multiforme à ma personne

A mes frères, belle-sœur, neveux chacun pour sa volonté et sa motivation à me soutenir

Tous les amis (es) qui de près ou de loin nous ont aidés à travers leurs conseils et encouragements spécialement à Yves Essono pour son soutien.

A tous les participants dont la coopération a facilité l'enquête

Liste des acronymes, sigles et abréviations

JMT : Journée mondiale des toilettes

WASH : Water, sanitation and hygiene

DAL : Défécation à l'air libre

SEP : Sentiment d'efficacité personnelle

HBM : health belief modem

TAR : Théorie de l'action raisonnée

TCP : Théorie du comportement planifié

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

ODD : Objectifs de développement durable

PED : Pays en développement

QS : Questions spécifiques

OS : Objectifs spécifiques

EA : Expérience active

EV : Expérience vicariante

P : persuasion

GR : gestion du risque

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques sociaux démographiques.....	57
Tableau 2: Distribution de l'échantillon en genre, fréquence et pourcentage.....	58
Tableau 3: Repartitions de l'échantillon selon le niveau d'étude.....	58
Tableau 4 : Repartitions de l'échantillon selon la présence des latrines modernes.....	58
Tableau 5: repartition de l'échantillon selon la presence des toilettes au lieu de service ...	59
Tableau 6: T'arrive-t-il d'uriner dans la nature ?	59
Tableau 7: EA1 : je retiens toujours mes besoins jusqu'à ce que je trouve les toilettes	64
Tableau 8: EA2 : Je demande toujours les toilettes d'une institution	65
Tableau 9; EA3 : je prévois toujours de l'argent pour les toilettes au cas où	65
Tableau 10: EA4 : il m'arrive d'uriner dans un bocal que je vide dans une toilette dès que possible	66
Tableau 11: EA5 : j'évite de boire et de manger trop liquide quand je vais sortir.....	66
Tableau 12: EA6 même quand je suis seul je ne fais jamais mes besoins dans la nature ...	67
Tableau 13: EA7 même si l'endroit est sale isolé je ne fais jamais mes besoins s'il n'y'a pas de toilettes	67
Tableau 14: EA8 mes pauses pipi ne doivent se faire que dans un endroit où les toilettes sont disponibles	68
Tableau 15: EA9 je ne me détends que dans les lieux ayant des toilettes.....	69
Tableau 16: EA10 je préfère faire mes besoins dans la nature que de chercher les toilettes communes.....	69
Tableau 17: EA 11 j'ai souvent uriné à des endroits où il est interdit de le faire.....	70
Tableau 18: EA12 une fois les besoins faits on n'a pas envie de trainer dans les toilettes .	70
Tableau 19: Statistiques sur échantillon uniques.....	71
Tableau 20: Test sur échantillon unique.....	71
Tableau 21: EV1 quand les gens avec qui je suis urine dans la nature, je fais comme eux .	72
Tableau 22: EV2 mes parents ne font pas leurs besoins hors des toilettes.....	72
Tableau 23: EV3 je fais la honte de mes proches chaque fois que j'urine hors des toilettes	73
Tableau 24: EV4 dans certains pays on ne le fait plus j'imite	73
Tableau 25: EV5 les gens que j'admire ne font pas leurs besoins hors des toilettes	74
Tableau 26: EV6 je sors avec les personnes qui exigent les toilettes.....	74

Tableau 27: EV7 les personnes qui me sont chères me disent de ne pas faire mes besoins dans la nature	75
Tableau 28: EV8 les toilettes publiques sont mal entretenues, pas du tout encourageant ..	75
Tableau 29: EV9 chaque jour je vois les gens uriner dans la rue je le fais aussi	76
Tableau 30: EV10 je ne pense jamais à aller dans les toilettes publiques.....	76
Tableau 31: EV11 je suis souvent en compagnie des amis qui s'arrêtent pour uriner partout.....	77
Tableau 32: EV12 j'ai souvent été en compagnie des amis qui s'arrêtent pour uriner à des endroits interdits	77
Tableau 33: EV13 à la pause pipi, tous les passagers d'un bus trouvent naturel de se soulager dans la nature	78
Tableau 34: Statistiques sur échantillon uniques.....	79
Tableau 35: Test sur échantillon unique.....	79
Tableau 36: P1 je ne le fait pas si on me persuade qu'uriner dans la nature est mauvais ...	80
Tableau 37: P2 j'écoute les messages qui vont me dissuader	80
Tableau 38: P3 je n'urine pas où il y'a une plaque d'interdiction même si personne ne me voit.....	81
Tableau 39: P4 je suis toujours les émissions sur la santé et la protection de l'environnement.....	81
Tableau 40: P5 je participe aux campagnes d'assainissement de ma localité.....	82
Tableau 41: P6 les caniveaux à proximité des débits de boissons sentent presque toujours les urines	82
Tableau 42: Statistiques sur échantillon uniques.....	83
Tableau 43: Test sur échantillon unique.....	83
Tableau 44: EPE1 j'ai la chair de poule à l'idée d'utiliser les toilettes publiques	83
Tableau 45: EPE2 j'éprouve un sentiment de honte à l'idée d'uriner dans la rue	84
Tableau 46: EPE3 j'ai l'impression d'exposer ma nudité alors je me retiens.....	84
Tableau 47: EPE4 j'ai l'impression de perdre de la valeur aux yeux des autres je me retiens	85
Tableau 48: EPE5 mon cœur bat à l'idée de faire mes besoins à l'air libre je cherche les toilettes	85
Tableau 49: EPE6 je préfère uriner dans la nature que d'aller dans les toilettes publiques	86
Tableau 50: EPE7 je suis une femme j'évite systématiquement les toilettes publiques	86

Tableau 51: EPE8 nous semblons avoir admis que les toilettes sont par définition des lieux insalubres	87
Tableau 52: EPE9 les toilettes publiques sont des coins qu'on ne nettoie jamais	87
Tableau 53: EPE10 c'est un gros risque de s'asseoir sur le pot des toilettes publiques.....	88
Tableau 54! EPE11 il m'arrive d'être gêné de voir les gens uriner n'importe où.....	88
Tableau 55: Statistiques sur échantillon uniques.....	89
Tableau 56: Test sur échantillon unique.....	89
Tableau 57: GR1 je fais mes besoins dans les herbes	90
Tableau 58: GR2 je fais mes besoins dans les caniveaux.....	90
Tableau 59: GR3 je ne laisse que quelques gouttes d'urine au sol	91
Tableau 60: GR4 j'utilise toujours les toilettes publiques pour mes besoins.....	91
Tableau 61: GR5 je suis une femme j'utilise les toilettes publiques.....	92
Tableau 62: GR6 je suis une femme je fais mes besoins dans la nature	92
Tableau 63: GR7 je pourrais être amendé si je fais mes besoins dans la nature	93
Tableau 64: GR9 je fais mes besoins dans la nature les eaux de ruissellement peuvent les entrainer partout.....	94
Tableau 65: Statistiques sur échantillon uniques.....	94
Tableau 66: Test sur échantillon unique.....	94
Tableau 67: Test de corrélation de bravais Pearson	95

Liste des figures

Figure 1: Théorie de l'action raisonnée	41
Figure 2 : Théorie du comportement planifié	42
Figure 3 Théorie du comportement planifié contrôle perçu	45

Résumé

L'objectif de notre étude est de déterminer la corrélation entre le sentiment d'autoefficacité et la gestion des risques de santé liés à la matière fécale. À la lumière du postulat théorique sur l'autoefficacité comme modèle psychosociaux de prédiction de comportement relatif à l'exposition au risque et à la préservation de la santé, nous avons élaboré quatre questions de recherche à partir des sources de l'autoefficacité, à savoir l'expérience active, l'expérience vicariante, la persuasion, les états physiologiques et émotionnels, (Bandura, 1996). Ces quatre questions ont abouti à l'élaboration de quatre hypothèses de recherche. Pour mener notre étude, nous avons choisi la méthode quantitative, avec comme outil de collecte de données un questionnaire mesurant le sentiment d'autoefficacité. L'échantillon est constitué de 320 participants dont 161 femmes et 159 hommes qui vivent dans les 18 quartiers de Yaoundé 2. Pour les analyser, nous nous sommes servis du logiciel SPSS. Deux tests ont été mis à contribution le test-t de student, et le test de corrélation de Bravais Pearson, le premier a permis d'examiner la variabilité et le second établir le lien qui existe entre les variables. Les résultats obtenus montrent qu'il existe une corrélation significative entre trois modalités de la VI et la VD sauf pour l'expérience vicariante qui n'a pas de corrélation avec la gestion de risque. L'expérience active ($r=-0,270$), la persuasion ($-0,174$) ont des corrélations négatives. Les différents calculs nous ont amenés à conclure que dans la cadre de notre étude, l'autoefficacité a réellement un impact sur la gestion de risque. D'après le tableau de la catégorisation des variables, la grande majorité présente une autoefficacité moyenne pour une gestion de risque moyenne. Preuve qu'effectivement la gestion du risque varie est fonction de l'autoefficacité. Ainsi, l'autoefficacité pourrait être un moyen pour résoudre les problèmes sociaux dans nos communautés à travers des actions communautaires où les individus seront engagés eux même dans la recherche des solutions. Dans le cadre de notre travail, on pourrait aider à assainir la ville et donner alors un coup de pouce à l'Etat providence qui ferait des économies en mettant sur pied en amont plutôt des programmes visant la promotion du sentiment d'autoefficacité pour un changement de comportement de ses citoyens, que d'investir en aval sur des individus malades.

Mots clés : sentiment d'autoefficacité, populations, gestion de risque de santé, matière fécale.

Abstract

The objective of our study was to determine the correlation between feelings of self-efficacy and the management of health risks associated with fecal matter. In the light of the theoretical postulate on self-efficacy as a psychosocial model for predicting behavior in relation to risk exposure and preservation of health, we have developed seven questions to research the sources of self-efficacy, namely active experience, vicarious experience, persuasion, physiological and emotional states, and three key concepts of cognitive social theory including purpose, expectation of results, environmental obstacles (Bandura, [1996](#)). These seven questions led to the development of seven research hypotheses. To conduct our study, we chose the quantitative method, with as a data collection tool a questionnaire on the sense of self-efficacy scale. The sample consists of [320](#) participants, including [161](#) women and [159](#) men who live in the 18 districts of Yaoundé 2. To analyze them, we used SPSS software. Two tests were used, the student's t-test, and the Bravais Pearson correlation test, the first allowed to examine the variability, and the second to establish the link which exists between the variables. The results obtained show that there is a significant correlation between all the modalities of IV and DV except for the vicarious experience which has no correlation with risk management. Active experience ($r = -0.270$), persuasion (-0.174), and expectation of results (-0.201) have negative correlations. The various calculations led us to conclude that in the context of our study, self-efficacy really has an impact on risk management. According to the variable categorization table, the vast majority have average self-efficacy for average risk management. Evidence that indeed risk management varies is a function of self-efficacy. Thus, self-efficacy could be a way to clean up the city and then give a boost to the welfare state which would save money by changing the behavior of its citizens.

Keywords : feeling of self-efficacy, populations, risk management, faeces

...

0. INTRODUCTION GENERALE

« Quelques 2 milliards de personnes ne disposent toujours pas de toilettes ou de latrines, parmi elle plus de 6730millions défèquent à l'air libre, par exemple dans les caniveaux, dans les buissons ou dans les plans d'eau ». Voilà quelques faits relevés par l'OMS en 2017 sur l'état de l'assainissement dans le monde. Cette situation est à l'origine de nombreux risques liés à cette matière fécale qui traîne, ceci a poussé l'OMS à se fixer plusieurs défis dont l'un d'eux est l'élimination de la défécation à l'air libre d'ici 2035. Interpellés par ces faits qui nous concernent au premier chef, et motivés par la volonté de participer à l'accomplissement de ce défi, nous avons opté pour un sujet qui traite de l'apport de l'autoefficacité dans la gestion des risques liés à la matière fécale. Dans cette partie du travail, il sera question pour nous d'évoquer les différents constats qui nous ont conduit à la problématique de notre étude, d'élaborer les différents objectifs puis les questions de recherche qui nous guiderons vers la vérification de nos différentes hypothèses. Nous prendrons également les soins ici de délimiter notre travail et de présenter sommairement le travail à faire.

0.1 Contexte de l'étude

L'assainissement est un élément fondamental de la santé publique, l'améliorer contribuerait considérablement à la santé et au bien-être des individus. L'importance de l'assainissement est si grande que L'ONU a consacré toute une journée aux toilettes la JMT qui se célèbre tous les 19 novembre. En plus de cela, des programmes spécifiques sont également mis sur pied pour soutenir les communautés et les amener à l'autonomisation, à « l'empowerment » à travers l'amélioration des conditions de vie au sujet de l'accès à l'eau et de l'utilisation des sanitaires acceptables. Le programme WASH est l'un des programmes par lequel l'OMS améliore le bien être des individus. Dans les OMD, l'assainissement occupe une place de choix. Il est en effet le sixième objectif. Pourtant les statistiques concernant ce problème d'assainissement sont alarmantes. Selon l'OMS et l'UNICEF (2015), près de 2,6 milliards de personnes dans le monde n'ont pas de toilettes à la maison et chaque année, plus de 842000 personnes dans les pays à faible revenu ou intermédiaire, meurent à cause du manque d'assainissement.

En Asie, on estime à près de 53% le taux de la population dépourvue d'un assainissement de base. Cette absence d'assainissement entraine le phénomène de défécation à l'air libre. Selon, la BM (2013) près d'un milliard de personnes dans le monde pratiquent la défécation à l'air libre. Faute d'accès à des sanitaires, 40% de la population, est privé de la dignité et de la sécurité, (Veneman, 2009). Cette situation a pour corollaire l'augmentation de la mortalité,

des problèmes de sécurité, de malnutrition, de pauvreté, une répercussion négative sur la santé et le développement social de l'individu, tout ceci est considéré dans le cadre de notre étude, comme les risques liés à la matière fécale.

En 2015, un programme conjoint OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement a relevé un taux de 10,41% des populations dans le monde qui pratique la défécation à l'air libre, ce programme estime à 673 millions le nombre de personnes qui défèquent à l'air libre, dans les caniveaux, derrière des buissons ou dans les plans d'eau. La défécation à l'air libre entretient la maladie et la pauvreté. En 2016, on estimait à 11,761% le taux de mortalité pour 100000 habitants, lié à l'eau et l'assainissement de mauvaise qualité.

L'Afrique et particulièrement, l'Afrique subsaharienne, est le lieu où vivent la plus grande population n'ayant pas accès à un assainissement de base. On parle de 319 millions de personnes dépourvues d'un système d'assainissement adéquat (OMS/UNICEF, 2015). L'OMS parle d'une augmentation de nombre de personnes pratiquant la défécation en plein air en Afrique Subsaharienne. Les statistiques parlent d'une moyenne de 32% de la population n'ayant pas accès à un assainissement de base. Plus de 140000 personnes meurent à cause d'un assainissement et d'une hygiène approximatifs. En Afrique subsaharienne on atteint le taux alarmant de 70% de personnes n'ayant pas accès à des sanitaires. Cette absence de sanitaire est très préjudiciable car on enregistre des scores alarmants, selon l'UNICEF, qui font état de près de 100 enfants qui mouraient chaque jour de diarrhée à travers le monde entier, à cause d'installations sanitaires insuffisantes, du manque d'hygiène d'un accès difficile à l'eau potable. L'OMS (2015) révèle que de nombreux ménages dans les zones urbaines ont recours à l'assainissement autonome pour l'évacuation des excréta.

Au Cameroun, L'atteinte des OMD relative à l'assainissement, étant fixée à 74%, le Cameroun selon l'AMCOW (2015) serait actuellement à 47% de personnes ayant accès à un système d'assainissement de base, il est donc encore loin d'atteindre les OMD. Pour le Joint Monitoring Programme (JMP) l'assainissement est un domaine négligé dans de nombreux pays en voie de développement tel que le Cameroun, que ce soit par le gouvernement ou par les partenaires techniques et financiers. On parle d'un engagement financier presque nul dans ce domaine. Les données du JMD au Cameroun, indiquent une stagnation du taux d'accès à l'assainissement amélioré depuis 1990 (35%). Cela se mesure par le nombre de nouveaux ouvrages construits, qui n'est pas proportionnel à la croissance démographique, montrant alors une progression presque nulle de ce sous-secteur. En milieu urbain au Cameroun,

d'après le JMP, l'accès à l'assainissement amélioré a reculé entre 1990 et 2008 passant de 65% à 56% de personne ayant accès à un assainissement acceptable. Selon les JMP cette situation inquiétante s'explique par la croissance des villes du Cameroun à l'instar de Douala et Yaoundé et par l'absence quasi-totale de financements alloués à l'assainissement.

Pour résoudre leurs problèmes d'assainissement, les populations utilisent les latrines traditionnelles, non améliorées que le JMP ne considère pas comme un assainissement de bonne qualité. Le Cameroun accuse donc un retard par rapport aux autres pays africains qui ont, en leur sein, une institution responsable de l'assainissement, des politiques, stratégies, normes, outils de planification et un budget pour développer ce sous- secteur. Cette situation à une conséquence négative sur le comportement des individus, en effet nous avons fait le constat que les surfaces de nos grandes villes sont des toilettes à ciel ouvert lorsqu'on circule dans nos villes on constate que c'est sur les murs des édifices privés ou publics, à côté des voitures garées ou stationnées, sur les bacs à ordures, dans les jardins publics, les caniveaux, le trottoirs, derrière une plaque de publicité, sur la chaussée, ou dans une touffe d'herbe, etc. que beaucoup de personnes se soulagent quand le besoin se fait ressentir sans gêne ni scrupule, tellement le phénomène est devenu banal pourtant, il n'est du tout pas sans conséquence.

Comme nous pouvons le constater, sans investissement sérieux, pour mettre sur pied des latrines pour tous, ou des stations de traitement des boues de vidange, le milieu naturel, les canaux de drainage en ville, les rivières et bas-fonds seront toujours pollués. Sans programme d'investissement suffisamment avancé, la résolution des problèmes de ce sous-secteur se limitera à des activités et initiatives de la communauté à l'image de ce travail qui en plus de mettre en pratique nos connaissances acquises en pratique de l'action communautaire, pourra être une solution alternative à la gestion des risques liés à la matière fécale.

0.2. Problématique de l'étude

Le risque de santé lié à la matière fécale constitue un grand obstacle à l'atteinte des objectifs du millénaire et par conséquent du bien-être. Ce risque qui naît d'un assainissement approximatif ou inexistant, qui dans notre étude, conduit à la présence des excréments et de l'urine à même le sol, entraînant, en plus de la dégradation de l'environnement, la prolifération des mouches et autres vecteurs de maladies et les maladies du péril fécal, des maladies qui sont cause de morbidité et de mortalité. Malgré cette menace, bien connue par

tous, il est quasi impossible de faire un pas sans traverser un tas d'immondices, ou alors que vos narines ne soient agressées par une odeur fétide d'urine humaine. Le constat fait plus haut a révélé que cette situation est due à un manque d'assainissement ou dans le cas où ils existent, son insuffisance ou à sa qualité médiocre, en Afrique, particulièrement dans les pays de l'Afrique subsaharienne.

Dans cette situation où l'Etat ne remplit plus l'une de ses missions régaliennes, On peut comprendre que, la population se débrouille tant bien que mal, pour éliminer sa matière fécale, en dépit de la connaissance des risques qu'elle encourt. Certes, de nombreux obstacles ont été recensés qui expliquent le comportement des populations par rapport à l'utilisation des latrines, mais toute analyse faite, on peut pointer un doigt accusateur sur le gouvernement, mais également et particulièrement sur la population, qui pourrait avec un peu d'abnégation, de volonté, adopter des comportements nouveaux et plus responsables par rapport à la DAL. Ce changement de comportement pourrait donc être une solution alternative pour la résolution de ce problème social.

Des études ont montré que le sentiment d'autoefficacité est un puissant outil de changement de comportement ce sentiment pourrait donc dans le cadre de notre étude, être utilisé pour amener les individus à changer de comportement et décider de ne plus laisser traîner leurs déjections humaines en pleine nature. Nous avons donc voulu nous aussi nous intéresser à ce concept de la théorie sociale cognitive développée par Bandura et qui considère les individus comme des agents actifs de leur propre vie qui exercent un contrôle et une régulation de leurs actes. Partant de la notion d'efficacité perçue développée par Bandura(1997) , qui stipule que cette notion est liée à la motivation car sans elle l'individu ne peut pas prendre la décision de s'engager dans une activité et amener l'individu à atteindre un niveau de performance donnée pour une activité particulière, on reconnaît en cette théorie la capacité de pousser l'individu à anticiper et ajuster ses actes car celui qui a un sentiment d'autoefficacité élevé, aborde les situations comme des défis à relever. Cependant, notre observation empirique nous a donné de constater que la matière fécale traîne à même le sol dans les quartier de Yaoundé 2, les latrines sont à ciel ouvert et mal entretenues bien que conscient du caractère nocif de cette situation personne ne semble faire d'effort pour venir à bout de cette situation qui met à mal l'assainissement, si l'on s'en tient à ce que la théorie développée plus haut explique, nous pouvons alors dire que dans cette communauté il y a un problème d'absence de sentiment d'auto efficacité chez les populations entraînant alors la mauvaise gestion des risques de santé liés à la matière fécale.. Le sentiment

d'autoefficacité-qui est l'un des concepts pivots de cette théorie désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières (Bandura, 1986), est celui sur lequel nous nous sommes appuyés dans le cadre de notre étude pour vérifier la capacité des individus à gérer les risques de santé liés à la matière fécale.

Bandura (1986) explique que, ce sentiment contribue à déterminer des choix d'activités et d'environnement, à renforcer l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé et la persistance dans l'effort même lorsqu'il rencontre des difficultés. Il s'avère alors que ce sentiment soit véritablement une autre solution pour la résolution du problème de la gestion de risque, dans la mesure où le développement de ce sentiment chez l'individu, l'amènera à faire des choix d'activités qui lui permettront d'adopter des comportements souhaités qui dans notre étude, seront des activités qui l'empêchent de faire ses besoins dans la nature, ou des activités qui le poussent à chercher absolument les toilettes, même si l'obstacle qui est l'absence ou l'insuffisance de ces derniers se présente. Pour mener de bout en bout notre étude, nous nous sommes intéressés aux quatre sources qui influencent l'autoefficacité développées par Bandura (1997) qui sont l'expérience active, l'expérience vicariante, la persuasion, les états physiologiques et émotionnels. Ces notions ont sous-tendu notre travail et ont constitué les éléments sur lesquels nous nous sommes appuyés pour élaborer nos questions, nos objectifs et nos hypothèses de recherche que nous présentons dans la suite du travail.

0.3. Questions de recherche

Ce sont des questions formulées pour bien mener la recherche. Nous les avons formulées à partir du problème posé plus haut.

0.3.1 Question principale

C'est la question à laquelle l'étude va répondre. Pour notre étude, elle est la suivante :

L'autoefficacité influence-t-elle la gestion des risques liés à la matière fécale en pleine nature ?

0.3.2 Questions spécifiques

Ces questions spécifiques découlent de la question principale et sont en effet dans le cadre de notre étude les sources qui permettent de vérifier l'autoefficacité elles sont :

- QS1 : L'expérience active influence-t-elle la gestion des risques liés à la matière fécale ?

- QS 2 : L'expérience vicariante, influence-t-elle la gestion des risques liés à la matière fécale?
- QS3 : La persuasion influence-t-elle la gestion des risques liés à la matière fécale ?
- QS4 : Les états physiologiques et émotionnels influencent-ils la gestion des risques liés à la matière fécale ?

0.4. Objectif de l'étude

Nous aurons deux objectifs deux objectifs : l'objectif général, et les objectifs spécifiques.

0.4.1. Objectif général

Il englobe la vision générale du chercheur dans la localisation de sa recherche. Dans notre cas il s'agit de déterminer la corrélation entre le sentiment d'autoefficacité et la gestion des risques liés à la matière fécale.

0.4.2. Objectifs spécifiques

Ils sont la forme opérationnalisée de l'objectif général :

- OS1 : de déterminer la corrélation entre l'expérience active sur la gestion des risques liés à la matière fécale.
- OS2 : de déterminer la corrélation entre l'impact de l'expérience vicariante et la gestion des risques de santé liés à la matière fécale.
- OS3 : déterminer la corrélation entre de la persuasion et la gestion des risques de santé liés à la matière fécale.
- OS4 : déterminer la corrélation entre l'impact des états physiologiques et émotionnels et la gestion de risque liés à la matière fécale.

0.5. Intérêt de l'étude

Nous relèverons dans notre étude, trois principaux intérêts à savoir l'intérêt scientifique et l'intérêt socio- culturel, pédagogique. Sur le plan scientifique, de nombreuses études en écologie humaine, expliquent, le comportement de l'homme dans son milieu de vie en relation avec les autres, et plusieurs d'entre elles montrent comment amener l'homme à mieux se comporter, c'est-à-dire à changer de comportement. Dans le cadre de notre étude, nous nous appuyons sur l'un de ces travaux pour amener l'individu à changer son

comportement en appliquant scrupuleusement ce que les études ont proposé. Notre étude a donc le mérite de montrer la fiabilité, la fidélité de ces études, ce qui contribue à confirmer leur caractère scientifique.

Notre travail offre à tout étudiant, futur intervenant communautaire, l'occasion de mettre en pratique les connaissances théoriques apprises sur les étapes du changement de comportement, et aussi, l'opportunité de faire une intervention communautaire, menant la population à l'autonomisation. Sur le plan socio-culturel, ce travail a pour intérêt de montrer qu'il est possible de travailler sur le comportement des individus d'une société afin d'aboutir à une standardisation des comportements pour une société améliorée. Ce travail peut donc être un outil pour toute personne ou organisme engagé dans un travail social, par exemple, ce travail peut aider à agir sur les aspects négatifs que l'on voudrait changer chez l'individu afin qu'il adopte des comportements souhaités. Sur le plan pédagogique, ce travail pourrait fournir aux institutions offrant des formations en sciences de l'éducation, un exemple de cas pratique. Cela pourra également les aider à mesurer l'adéquation entre les contenus proposés et l'atteinte des objectifs visés.

0.6. Délimitation de l'étude

Pour une maîtrise de notre sujet, nous avons procédé à la délimitation de notre travail sur le plan théorique, plan spatio-temporelle et sur le plan pratique. Sur le plan théorique, nous nous limiterons aux concepts d'autoefficacité et de la gestion de risque. Quant aux théories celles que nous avons trouvé appropriées à notre étude sont : la théorie des représentations sociales, la théorie sociocognitive, la théorie de l'apprentissage, la TAR, la TCP de notre étude se fera sur le plan géographique, au Cameroun dans la région du centre département du Mfoundi, commune de Yaoundé 2, quartier Azegue. Sur le plan le plan pratique, elle consistera à mettre en pratique les sources de l'autoefficacité. Pour la durée elle fera le temps de l'année académique 2020/2021

0.7. Présentation du travail

Notre travail présente deux grandes parties : une première qui présente le cadre théorique, qui n'est rien d'autre qu'une revue de la littérature sur les concepts clés de l'étude. Dans notre cas, il sera question de parler du risque sanitaire et des toilettes, puis du sentiment d'autoefficacité. La seconde partie sera consacrée à la méthodologie utilisée pour atteindre l'objectif, à la présentation des résultats issus des analyses des données préalablement recueillies et à la discussion de ces résultats.

PREMIERE PARTIE :
Cadre conceptuel et théorique de l'étude

Chapitre 1 :
**Risque sanitaire lié à la matière fécale : perception
et représentation pour une bonne gestion**

Pour une compréhension facilitée et une délimitation précise et concise de notre sujet, ce chapitre tout comme le deuxième nous permettra d'aborder et développer des notions qui nous faciliteront la compréhension de notre sujet. Il s'agit des notions telles que le risque, le risque sanitaire, la psychologique du risque -sa représentation, sa perception- la théorie de la représentation, la construction et la gestion du risque, dans le domaine sanitaire, lié à la matière fécale.

1.1. Généralité sur le risque

La promotion de la santé publique est l'une des missions régaliennes de chaque gouvernement à travers son ministère de la santé publique. Cette mission passe par la mise sur pied des stratégies, programmes, initiatives... pour la promotion de la santé ceci en agissant le plus souvent sur les comportements des individus ainsi que l'environnement physique et social des citoyens, afin de limiter l'exposition de ces derniers aux risques qui pourraient dégrader leur santé et celle des personnes qui partagent le même environnement social. Le risque peut être lié à l'environnement et renvoyer au climat à la pollution, au champ électromagnétique, au réchauffement de la planète, aux maladies de toutes sortes comme etc. Il peut aussi s'agir des risques liés au mode de vie c'est-à-dire l'alimentation, l'activité physique, la sexualité, l'alcoolisme, le tabagisme et la drogue d'une manière générale. Il peut renvoyer enfin, au risque lié au traitement des déchets de tous ordres et plus précisément, de la matière fécale et de l'urine qui sont déposées à des endroits inappropriés, c'est-à-dire hors des latrines domestiques ou publiques.

Ce dernier volet est celui qui nous intéresse et fera donc l'objet de notre travail dont le titre est '**sentiment d'autoefficacité et gestion des risques de santé liés à la matière fécale**'. Pour une meilleure compréhension de ce sujet, nous procéderons à une revue de la littérature tout d'abord sur la notion de risque en général et le risque sanitaire en particulier, de la perception de la représentation du risque puis des toilettes -en tant que lieu d'aisance de la matière fécale- afin de ressortir leurs rôles dans la gestion des risques sanitaires.

La notion de risque renvoie à une explication différente selon le domaine dans lequel on se trouve. En général il représente un dommage qui pourrait survenir. Selon le Petit Robert (1996), le risque est l'éventualité d'un évènement ne dépendant pas exclusivement de la volonté des parties, pouvant causer la perte d'un objet ou tout autre dommage. Laplat (2003) définit le risque comme étant la possibilité ou la probabilité qu'une situation ou un évènement entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées. C'est toujours selon lui, la possibilité qu'un danger s'actualise, c'est-à-dire qu'il entraîne des dommages, dans des conditions précises. Le risque est caractérisé par deux paramètres qui

sont sa gravité qui renvoie à l'ampleur des dommages potentiels c'est-à-dire à l'envergure des dégâts et sa probabilité d'occurrence c'est -à-dire à quel point il est susceptible de survenir (Pesqueux, 2011).

Notre étude étant purement psychologique, le deuxième paramètre est celui indiqué pour expliquer le risque soulevé dans notre étude. Il est donc question pour nous de définir le risque comme la probabilité d'occurrence d'un dommage dû à la matière fécale présente à l'air libre. L'évaluation des caractéristiques citées plus haut, permet de dire si oui ou non il y a une situation de risque. Cette évaluation se fera dans notre étude, à travers la mesure du sentiment d'autoefficacité de chaque individu en faveur de sa capacité à faire ses besoins dans des lieux indiqués. Le risque n'est pas une réalité physique, le niveau qu'on lui attribue dépend entièrement de la façon pour chacun de voir les choses d'où l'idée d'une construction sociale que l'on attribue à la notion de risque. Le Breton (2012), parlant du risque, dit qu'il s'inscrit sous des formes changeantes d'une société et d'une période de l'histoire à une autre selon les catégories sociales, il parle de construction de risque.

A côté de cette posture constructiviste du risque, il est important de relever qu'il y'a deux autres postures du risque à savoir la posture naturaliste marquée par la reconnaissance des phénomènes dévastateurs et leurs impacts sur les sociétés humaines et la posture culturaliste qui s'intéresse aux perceptions, attitudes et comportements des populations. Dans le cadre de notre étude, la posture culturaliste, semble la mieux indiquée pour analyser le problème relevé. La gestion du risque quant à elle se fait selon la posture dans laquelle on se situe (Wildavsky & Mary, 2012).

En général la notion de risque s'accompagne de mots-clés tels que danger (cause d'un risque), aléas (dangers imprévisibles) ; situation dangereuse (situation qui expose les gens, l'environnement au danger). Au quotidien, nous sommes exposés à un nombre incalculable de risques en fonction de leurs caractéristiques en famille de risque. C'est ainsi que nous avons le risque naturel, les risques médicaux, les risques professionnels, les risques psychologiques, le risque sanitaire... Ce dernier type de risque est celui dans lequel se loge notre travail qui consiste à voir le dommage sur la santé de la population dû à la présence de la matière fécale en plein air, il fera donc l'objet d'un développement.

1.1.1. Risque sanitaire

Parmi les préoccupations de la santé publique, les risques sanitaires sont devenus un problème majeur, de connaissance et d'intervention publique dans plusieurs sociétés et surtout de nos jours. Ayant défini le risque plus haut, le risque sanitaire peut donc être celui

qui survient dans le domaine de la santé. Setbon (2001) définit le risque sanitaire comme étant la combinaison de la probabilité de survenue d'un danger donné et de la magnitude de ses conséquences. Pour lui, pour parler de risque sanitaire, il faut qu'il soit quantifié et estimé. Dab (2013) dans le préface du livre de setbon dit que l'éducation est la seule bonne réponse pour réduire le risque sanitaire. Pour lui, il ne suffit pas de démontrer une réalité pour la changer.

Dans le domaine de l'épidémiologie, d'autres critères qui ne sont pas scientifiques entrent en jeu elles peuvent être : économiques, politiques, culturels et éthiques ...la manière dont le risque est perçu et vécu par la population est un phénomène qui détermine son adhésion aux solutions proposées, précisant que l'adhésion de la population est importante pour obtenir des résultats tangibles. Il appartient ainsi au pouvoir public de déceler, d'évaluer, de faire connaître les risques sanitaires et d'engager les actions destinées à prévenir ces dangers. Cette veille scientifique consiste dans le cadre de notre étude essentiellement psychologique, à mettre sur pied des stratégies pour développer l'autoefficacité chez les populations pour une prise de conscience et une discipline personnelle de chaque individu dans la gestion des risques liés à la matière fécale.

1.2. Psychologie du risque

Ce titre nous prépare à voir les apports de la psychologie à l'étude du risque. Il s'agira de mettre en lumière pour le lecteur, la contribution de la psychologie à l'identification, l'évaluation, et la gestion des risques. Un apport comportemental qui met l'accent sur le rôle de l'individu qui vit dans un milieu précis avec des normes cultures et croyances propres qui influencent son comportement et orientent ses choix d'action dans la survenue et la gestion des risques. Il s'agit précisément de cerner la place et la pertinence de la perception, de la représentation et l'évaluation du risque dans les stratégies visant à maîtriser les risques. Par l'étude de ces représentations et perceptions, on pourra comprendre de quelle façon les individus se représentent leur environnement proche, chacun d'eux ayant un système perceptif propre. Pendant que la perception s'articule sur des savoirs sensoriels, la représentation est construite par rapport à des symboles par rapport à la réalité sociale et par rapport à un savoir social. (Cadet ,2007)

1.2.1. Perception sociale du risque

L'expression perception des risques peut désigner à la fois les opinions, les attitudes, les jugements ou les évaluations que les individus, groupes, organisations ou sociétés font à

l'égard des risques, des probabilités et des conséquences qui leurs sont associées (Kouabénan, 2007). Zayed (2006) définit la perception comme un processus par lequel l'individu organise et interprète ses impressions sensorielles de façon à donner un sens à son environnement. Des travaux dans plusieurs domaines ont porté sur la perception du risque et sa relation avec la prise de décision, deux grandes familles de facteurs ont été mises en évidence : l'appréhension du risque et la connaissance du risque (slovic et al., 1985). L'hypothèse générale est que le risque est purement subjectif et qu'il est influencé par plusieurs facteurs. Ces facteurs sont regroupés en trois catégories à savoir : les caractéristiques propres à l'individu, les processus sociaux, les mécanismes cognitifs.

- **Caractéristiques propres des individus** : Les risques sont perçus et acceptés de manière différente selon la société. De nombreuses études ont montré que cette différence est clairement établie d'une part les hommes et les femmes et d'autre part entre la population âgée et jeune. (Chauvin, 2014), pour lui, les femmes ont plus tendance à juger les risques comme très élevés et alors de prendre moins de risque les hommes. L'une des raisons pour expliquer cette situation est selon cet auteur que les femmes sont moins informées que les hommes. Selon Borghans et al (2009), face à une faible incertitude, les femmes et les hommes agissent de la même manière ; mais s'il y'a peu d'information, les femmes prennent moins de risque. Une autre raison tiendrait compte de la place traditionnelle de la femme dans la société et sa préoccupation importante de la santé. Selon Allais (1953), les jeunes prennent plus de risque quel que soit le genre.
- **Les processus sociaux** : Il s'agit ici du rôle joué par les médias, les institutions politiques ou les groupes sociaux influents dans la perception du risque. Combs et slovic (1979), écrivent que lorsqu'un individu a peu d'information directe à partir de son expérience propre sur le risque, il a tendance à la surévaluer. Par contre si le risque a été médiatisé, l'individu a tendance à la surestimer. Ceci montre que, la médiatisation constitue un des facteurs influençant le risque. Liu et al (1998), pensent que les individus réagissent plus lorsque l'information est négative et cette influence dépend aussi de la crédibilité que les individus accordent à cette information. la provenance multiple et parfois divergente des informations relatives aux risques et l'effritement de la confiance les décrédibilisent en tant que sources d'information. Et cela poussent les individus à adopter des comportements extrêmes. Dans le cas du risque sanitaire, cette situation peut amener les individus à ne pas investir en prévention voire à adopter des comportements à risque.

Plusieurs paramètres entrent en jeu pour mieux accepter le risque et ajuster son comportement.

➤ **Les mécanismes cognitifs**

Schade et al (2004), ont révélé l'existence d'une dichotomie dans les perceptions et les comportements des individus face aux risques. Ils précisent que l'individu a tendance soit à nier l'existence du risque, soit à le surévaluer c'est-à-dire à amplifier. Toujours pour ces auteurs, l'expérience passée de l'individu vis-à-vis du risque semble jouer un rôle significatif dans la façon dont il imagine la possibilité de survenance de ces risques. Kahneman et Tversky (1981), ont noté l'existence des biais qu'ils ont nommé biais de la disponibilité et l'hypothèse de superstition turfiste. Le biais de la disponibilité permettrait aux individus de simplifier l'évaluation de la vraisemblance d'un événement. Cela voudrait dire que les individus considèrent que l'évènement est d'autant plus probable qu'ils peuvent se remémorer facilement. Ce biais conduit donc à une surestimation des probabilités des évènements vécus dans un passé récent et une sous-estimation des probabilités des évènements n'ayant pas été observés récemment.

En ce qui concerne l'hypothèse turfiste, la survenance d'un risque après une succession de périodes favorables modifie l'attitude des individus. Ces derniers prennent conscience que les risques jugés improbables auparavant deviennent possible voire imminent. Le fait que le risque ne soit pas encore reproduit semble accroître la probabilité qu'il survienne à nouveau dans un avenir proche. (Cohen & Tallon, 2000). La perception a une influence sur nos comportements elle nous pousse à prendre ou non la décision de contrôler une situation. Cette perception est déterminée par deux éléments importants à savoir l'identification qui est la prise de conscience du risque et l'évaluation de ce risque qui revient à évaluer sa gravité, sa probabilité, sa capacité de contrôler la situation...cette perception dépend des caractéristiques que nous avons citées et développées plus haut à savoir les caractéristiques propres à l'individu, les processus sociaux, les mécanismes cognitifs.

Pour illustrer avec notre étude, on dira par exemple qu'il y a des individus qui sont conscients que la matière fécale qui traîne est effectivement mauvaise mais au niveau de l'évaluation ils peuvent se dire qu'ils n'ont pas les moyens de ne pas laisser cette matière fécale traîner ils ne feront donc aucun effort pour adopter un comportement favorable à la gestion des risques liés à la matière fécale c'est cette catégorie de personnes que nous classons comme des personnes ayant une autoefficacité faible. D'autres facteurs qui influencent positivement ou négativement la perception dont quelques-uns sont la

familiarité, la dimension temporelle de l'effet des conséquences, l'âge le sexe les normes sociables ...

1.2.2. Représentations du risque

La représentation est un mode d'entendement indirect et abstrait grâce auquel l'être humain en l'absence d'un phénomène, rend à nouveau sensible ce phénomène oublié ou lointain qu'il a déjà perçu, à partir d'une image, d'un signe, d'un mot dont il se rappelle, qui exprime par encodage ce que ce phénomène signifie non pas en lui-même mais par et pour cet individu. La représentation du risque ne sera donc pas ce qu'est objectivement le risque mais ce qu'il évoque pour un individu. C'est donc la représentation que se fait l'individu qui déterminera son engagement dans la gestion de ce risque. L'hypothèse de Kouabenan (2007), sur l'approche par les représentations du risque, stipule que, le comportement et les représentations (et /ou les croyances) des gens jouent un rôle central dans la survenue d'un évènement dangereux et dans le succès de sa prévention ou de sa gestion. Il pense que l'indifférence ou l'efficacité vis-à-vis de la prévention résulte des lectures différentes d'une même situation, d'une mauvaise communication sur le risque et sur le moyen de les maîtriser.

Comprendre comment l'homme appréhende les risques permet de comprendre son attitude vis à vis des risques. Cela facilite aussi la conception des messages adaptés qui pourront effectivement influencer positivement son comportement pour l'adoption d'un comportement sain. Savoir quelles sont les croyances ou les représentations des populations par rapport à un éventuel risque est important pour une bonne gestion car, chaque pays chaque société a un système de valeurs et de normes propres à lui sur lesquels il faut se baser pour concevoir une stratégie de gestion de risque efficace. Les représentations et les croyances des populations sur le risque lié à la matière fécale qui traîne, va constituer un déterminant important de leur investissement et leur engagement dans la gestion de ce risque qui dans le cadre de notre travail revient à avoir une autoefficacité élevée pour la gestion de ce risque.

Cette croyance, représentation, normes, culture, influence l'attitude et le comportement des individus vis-à-vis de l'utilisation des toilettes qui renvoie à la matière fécale dont parle notre sujet. L'ignorance ou une mauvaise représentation peut conduire à une négligence de l'importance d'avoir des comportements sains ou alors à un manque de confiance en notre capacité personnelle à avoir un comportement positif vis à vis de l'utilisation des latrines,

qui se traduit dans le cadre de notre travail par la mise en œuvre de l'autoefficacité pour la gestion des matières fécales.

1.3. Théorie des représentations sociales

Selon Moscovici (1984), la représentation sociale est un concept transversal interdisciplinaire ; situé à l'interface la psychologie et de la sociologie, ce qui rend sa définition complexe. Pour Moscovici, le père fondateur de la théorie, des représentations sociales, c'est « une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de ce qu'elle projette et qui guide son comportement » Corrélativement la RS est l'activité mentale déployée par les individus et les groupes pour fixer leurs positions par rapport à des situations, événements, objets et communication qui les concernent ». Une représentation sociale est donc « objet » partagé entre un « moi » (l'ego) et « les autres » (l'alter). C'est un univers d'opinions partagées par un groupe élaboré par le biais des communications. Elle est le reflet des expériences individuelles et des pratiques sociales des individus. Elle permet de comprendre et d'agir sur le monde.

L'objet construit se fait à partir de nouvelles connaissances, de l'intégration des nouveautés et aussi dans la réalité sociale en orientant les conduites et leur donnant un guide de lecture. L'objectivation est l'inscription du social dans la représentation, c'est-à-dire la façon dont le social vient Co-construire la représentation en s'y inscrivant et cela à travers le sujet. Elle sélectionne les éléments d'information à disposition pour retenir ceux qui lui semblent acceptables, elle construit une image figurative et donne à cette image le statut d'évidence. Opération imageante et structurante, l'objectivation fait correspondre des choses aux mots. « Elle donne texture matérielle aux idées » (percept-concept). « Objectiver c'est faire une construction sélective, c'est choisir un sens en le matérialisant ». Cette phase est construite théoriquement. Comme on l'a dit. La représentation sociale a plusieurs fonctions parmi lesquelles la fonction de savoir qui permet de comprendre et d'expliquer la réalité.

Moscovici (1961), dit de cette fonction qu'elle permet à l'individu d'acquérir des connaissances pratiques, de les intégrer dans son système cognitif et les valeurs auxquelles il adhère. Ce qui lui permet d'orienter et de justifier ses conduites chaque fois qu'il est en situation d'agir. On peut également citer la fonction de justification de la représentation sociale, qui permet à l'individu de légitimer ses actions et conduites à l'égard de leurs pairs

et des autres groupes sociaux. Les représentations sociales ont un rôle déterminant dans le choix des activités d'un individu. On peut donc à la lumière de cette théorie et surtout de ces fonctions, se dire que l'attitude des individus en rapport à l'utilisation des toilettes, vient des représentations qu'ils se font de ces toilettes. Ne pas être indigné à la vue de la matière fécale qui traîne, ou de l'odeur de l'urine qui empestre trouve son explication dans les deux fonctions citées haut.

1.4. Gestion de risque

Parler de risque sans évoquer sa gestion serait aborder le problème à moitié. En effet, une fois le risque constaté, il convient de procéder à sa gestion. Bouyssou (1997), parlant de la gestion risque, affirme que c'est l'ensemble des étapes allant de l'identification jusqu'au suivi du risque. Il s'agit d'un processus au bout duquel le risque sera réduit à sa plus simple expression. Il en a dénombré sept : planifier, identifier, estimer, maîtriser, évaluer l'acceptabilité, informer, surveiller.

1.4.1. Apport de la sociologie et de la psychologie à la gestion de risque.

La gestion du risque est transdisciplinaire, elle a émergé dans les sciences dures pour s'enrichir à travers d'autres disciplines. La sociologie des organisations a intégré dans l'univers de la gestion de risque, le facteur humain à travers l'apprentissage, la culture du risque et le comportement face au risque. L'idée véhiculée par cette discipline est que le risque ne révèle pas de la fatalité et de la providence, mais qu'il est plutôt les conséquences du champ d'action de l'homme. (Morin, 1995). Selon Pucci (2002), « si le risque est lié à l'activité humaine, sa perception est profondément liée à des facteurs sociaux et psychologiques. La perception du risque est fonction des positions occupées par un individu ou un groupe dans la société, le rôle joué des systèmes de représentations existants et des valeurs mises en œuvre » contrairement aux sciences dures, la sociologie et la psychologie ont le mérite de traiter la problématique du risque dans deux sens indissociables, l'un qualitatif et l'autre quantitatif. L'aspect qualitatif considère que le risque est une construction sociale.

Beck (1998), a montré que le risque n'est pas une donnée objective, mais plutôt un construit social basé sur des normes spécifiques. La mesure subjective du risque est faite sur des facteurs psychiques propres à l'individu. Alors que la mesure objective est faite sur les

facteurs de risques physiques, biologiques ou chimiques. Niffle (2004), pense que le risque dépend non seulement d'aléas exogènes, mais aussi et surtout des dispositions prises par l'individu, c'est à dire des conditions de maîtrises de la situation que nous désignons dans le cadre de notre travail par l'autoefficacité mise en œuvre pour gérer une situation de risque. Il s'agit ici de comprendre comment est-ce que l'individu perçoit le risque c'est de cette perception que dépend la reconnaissance ou non de l'existence du risque. Cette réflexion aboutie au modèle psychométrique de la perception du risque qui stipule que le risque serait psychologiquement perçu par des individus isolés et indépendants de toutes formes sociale ou culturelle.

1.4.2. Stratégies profanes de gestion de risque

La gestion du risque est l'ensemble des procédés qui amènent à identifier, évaluer et hiérarchiser les risques de toutes natures, l'origine de ce risque puis de les traiter méthodiquement de façon coordonnée afin de réduire et contrôler la probabilité d'un des événements redoutés et leurs conséquences (Burton-Jean-gros, 2004). Ces procédés varient car le risque est une construction sociale et la gestion de risque est par conséquent loin d'être uniforme. Elle varie selon la classe sociale, le genre, le statut familial...on parle alors dans ce cas de stratégies profanes des gestions de risque c'est à dire celle mise en œuvre par les populations pour contrôler la probabilité d'un événement redouté. L'auteur précise que la gestion de risque faite par la population n'est pas naïve ni uniforme même au sein d'un même sous-groupe, puisque le risque est une construction socio culturelle.

Pour comprendre la stratégies mise en œuvre, l'intérêt s'impose alors de faire une analyse de la population et son vécu au quotidien pour comprendre les mécanismes qui favorisent l'exposition au risque et de permettre de mettre sur pied une stratégie qui résout effectivement le problème. Dans le cadre de notre étude, il sera question d'étudier les variables socio démographiques de la population de Yaoundé2 pour comprendre effectivement leur motivation à mettre en œuvre ou non l'autoefficacité pour la gestion de la matière fécale à l'air libre dans leur localité. La situation de risque découle d'abord de l'existence d'un danger c'est-à-dire un facteur de risque et d'autre part de la présence de l'homme dans la zone du danger (objet du risque).

1.4.3. Construction de la gestion des risques.

L'intérêt grandissant pour la notion du risque a naturellement pour conséquence de susciter un autre intérêt pour la gestion du risque, qui est devenue dans beaucoup de pays un devoir

politique. Comment gérer le risque est un sujet qui n'échappe à aucun gouvernement surtout que la population fait de plus en plus la demande de protection sociale vis-à-vis du danger du risque. Ce sujet devenu une responsabilité juridique comme c'est le cas avec, notamment, les problèmes de santé liés au sida, au tabagisme, à l'alimentation. Cette action d'intervention se fait autour de deux axes : d'une part faire la promotion de la sécurité sanitaire, ou alors de la précaution sanitaire tout ceci concoure à la prévention sanitaire qui se fonde sur la connaissance de faits, les facteurs de risque afin de mieux agir sur eux et réduire l'impact sur les populations exposées, ceci à travers des campagnes d'hygiène et de salubrité, des journées de propreté comme c'est le cas dans la commune de Yaoundé 2 où chaque mercredi les commerces sont fermés et les populations invités à faire la propreté dans le quartier sous le guide du maire, ses collaborateurs et son service d'hygiène.

Connaître les facteurs est impératif car c'est sur eux que l'on construira les modalités d'action pour la réduction du risque. Pour le cas du sida par exemple, savoir que l'un des facteurs de transmission est le fait d'avoir des relations non protégées permet donc de proposer des solutions allant dans le sens de la protection des rapports. (Barthélémy, 2002). Pour le cas de notre travail, la population sait effectivement que la matière fécale qui traîne est un danger c'est un secret de polichinelle, le manque d'espace et de moyen pour s'offrir des toilettes dignes est un crédo connu, ainsi on pourrait donc profiter de ces campagnes et ces nombreuses descentes du maire pour faire comprendre à la population qu'avec la volonté, la croyance en leur propre capacité de faire changer cette situation elle pourrait juguler ce mal. Cette croyance à ses propres capacités d'adopter un comportement que l'on attend de nous, nous l'avons qualifiée d'autoefficacité. Amener la population à développer son autoefficacité sera donc la voie par laquelle nous aboutirons à une construction de la gestion de risque.

En ce qui concerne ce travail, la gestion de risque se fera autour d'un changement de comportement en choisissant des actions permettant d'éradiquer ou, au moins, aboutir à une réduction significative de ce phénomène de DAL. L'objectif de ce travail donné plus haut, fait donc de la gestion du risque dans le cadre de notre travail, un projet individuel et citoyen. Selon Lupton (1994), l'individu devient un soi entrepreneur qui vise à maximiser les retombées de ses pratiques sur son état de santé au moyen d'une vigilance et d'un contrôle de soi de tous les instants, mais qui se présente aussi comme un soi civilisé conscient des impacts des maladies sur la stabilité de la société.

1.4.5. Dimension de la gestion de risque

La gestion du risque est un processus, une démarche multidimensionnelle car la santé des individus est influencée par plusieurs facteurs qui peuvent agir seuls ou en association avec d'autres facteurs et peuvent avoir un impact positif ou négatif sur l'individu. Ces facteurs peuvent être individuels, sociaux, technologiques, environnementaux, économiques politiques. Les dimensions ici renvoient à l'ensemble des circonstances dans lesquelles le risque peut survenir (Lacroix, 2012) pour tenir compte de l'influence souvent complexe de ces facteurs sur la santé, l'évaluation de la santé, l'évaluation et la gestion des risques appellent généralement à une démarche multidimensionnelle. En plus de la dimension scientifique axée sur la santé de la population, dont celle citées plus haut. Pour une bonne gestion, un travail en équipe multidimensionnelle est nécessaire. Notons qu'il est rare d'avoir à traiter toutes ces dimensions pour un même risque.

- **Dimension axée sur la santé de la population :** permet de connaître les sources et les agents impliqués, les voies d'exposition possibles, la population affectée par le risque et les groupes vulnérables ainsi les caractéristiques démographiques, les effets sur la santé (la morbidité, l'incapacité, la mortalité) à la suite l'exposition au risque, les effets secondaires du traitement, la probabilité d'observer ces effets, le niveau de risque, la capacité de détecter précocement les cas suspects, la disponibilité technique des mesures de réduction du risque dans un délai raisonnable.
- **Dimension environnementale :** cette dimension inclut les environnements naturels elle s'appuie aussi sur les sciences pour étudier certains facteurs environnementaux qui peuvent amplifier ou réduire les effets d'un risque sur la santé humaine. On peut citer ici en exemple certaines conditions physiques climat végétation, terre... Il s'agit ici de voir l'effet des éléments de l'environnement naturel qui peuvent amplifier les effets du risque sur la santé des individus à savoir l'air, l'eau, le sol, le climat.
- **La dimension sociale :** Il est question de relever les interactions multiples entre les individus de la société, la dynamique des individus dans la communauté. Il faudra donc faire une analyse de la culture en vigueur, l'art, la religion, les différents savoirs, le style de vie, le lien entre les membres d'un groupe, l'identité collective, l'appartenance, la famille, le bien commun, les luttes sociales.
- **La dimension politique :** nous verrons ici l'ensemble des lois, des décisions administratives, la manière d'exercer le pouvoir qui régit les comportements des individus en faveur de la promotion de la santé.

- **La dimension économique :** Renvoie au coût financier, Coût direct liés au traitement des personnes infectées Coût indirect liés à la capacité du travail (fermeture des structures, hospitalisation...), Le revenu des ménages, les mouvements migratoires au sein des communautés sont également un point clé de la gestion des risques, cela

1.4.6. La communication

Pour une gestion réussie du risque, la communication est un élément incontournable du processus. Selon OMS, (2012) on distingue deux formes de communication : la communication avec les parties prenantes qui permet d'informer les personnes concernées afin qu'elles comprennent les actions proposées pour réduire le risque et par conséquent, adoptent des comportements adaptés au risque et la communication opérationnelle qui s'établit au sein de l'équipe. Une bonne communication assure la transparence et favorise un climat de confiance. La première forme de communication est celle indiquée pour une étude comme la nôtre car elle faciliterait l'éducation des populations pour un changement de comportement.

1.5. Utilisation des toilettes : moyen de lutte contre la DAL et de la gestion du risque

Le mot terme toilette ici désigne local consacré à la discrétion et l'intimité du moment de soulagement volontaire des déjections corporelles à savoir l'urine et matière fécale. Il a beaucoup de synonyme parmi lesquels le mot latrine qui est également un endroit aménagé pour permettre à l'individu de s'y soulager. À la différence des toilettes, les latrines ont une technologie moindre et sont les plus utilisées dans le monde. En raison du lieu de notre recherche, il nous sera donné d'utiliser le mot latrine. Selon Haslan (2012) l'excrétion est une partie universelle de l'expérience humaine pourtant elle a tendance à être reléguée au rang des sujets tabous. D'autres sujets tabous tels que le sexe, la mort, ont été développés par les psychologues mais les sujets sur la défécation humaine qui, pourtant fait partie de la vie au quotidien, qui a un impact sur nos personnes nos attitudes sociales semble ne pas être traité avec beaucoup d'égard. Il existe néanmoins des écrits des psychologues sur les toilettes qui offrent des idées sur le lien entre elles, la culture et le genre.

Malgré les efforts, la déclaration des objectifs du millénaire (OMD), les statistiques que nous rapportent les rapports de l'ONU donnent froid dans le dos. Il y est dit que près de 2,4 milliards de personnes ne disposent toujours pas d'un assainissement amélioré dont 71 % en milieu rural (OMS, 2015). 68 % à peine de la population mondiale à accès aux installations

sanitaires améliorées. L'on constate que l'absence de systèmes d'assainissement, fréquente dans les pays en développement (PED), est responsable de la propagation des maladies fécales, cause importante de morbidité et de mortalité dans le monde entier. La contamination se fait à travers la présence de micro-organismes pathogènes dans les eaux qui sont issus de cette matière fécale que l'on retrouve en plein air. Dans de nombreux cas, cette situation est due à un manque de moyens économiques, de savoir-faire technique et de plan de gestion d'assainissement, contraignant alors les habitants à adopter à des pratiques qui contribuent à contaminer les eaux de surface et souterraines (Esrey et al., 1998). La défécation à l'air libre est pratiquée par 35 % des habitants vivant dans les milieux ruraux et 8 % en milieux urbains (OMS, 2007).

Parfois les habitants ne disposent presque pas de toilettes, où alors un simple trou à ciel ouvert pour déféquer, bien que ces pratiques soient considérées comme étant des sources d'infection, de nombreux sites de défécation en plein air sont observés dans les communautés. Vivant dans des situations économiques précaires, les habitants n'ont pas la capacité financière de se doter de toilettes individuelles ou collectives, Les solutions classiques étant donc inaccessibles, il faut développer des solutions alternatives pouvant aider les populations à adopter des comportements contribuant à réduire, à la source, le risque de transfert dans l'environnement d'agents biologiques pathogènes. Des solutions telles que la volonté de prendre soin de lui-même par des gestes quotidiens visant à son bien-être. Parler de latrine, W-C, toilettes publique ne devrait pas constituer un problème marginal ou sans importance puisque chacun sait que c'est un thème important de notre vie au quotidien chacun sans distinction de race de statut d'âge de sexe a un contact avec ce milieu.

Pour ce qu'il pourrait créer comme conséquence sur la santé de la population, un intérêt doit être porté à ce sujet. Selon Damon (2010) ce sujet est en fait un droit que chaque individu doit avoir ce qu'il a appelé, le « droit de miction », le « droit de pisser » ou le « droit de se soulager ». Les expressions peuvent choquer mais en fait, c'est ce à quoi elles renvoient, l'expression peut sonner grossière répugnante mais elle ne fait pas du problème de latrine ou de « caca » un sujet moins grave, un sujet moindre importance, au contraire il est révélateur d'inégalités de marginalisation de pauvreté de précarité, Sur les plans social et l'urbain, la question de latrine devrait être un thème de première importance, dans les pays en voie de développement. (Berlemont (2016). La défécation à l'air libre consiste à déposer la matière fécale en plein air - par exemple, dans les champs, les forêts, les buissons, les lacs et les rivières - plutôt que dans les toilettes.

Ce phénomène dans certains endroits constitue une pratique communautaire car n'ayant pas de latrine toute une communauté déverse la matière fécale dans les rivières, marigot qui traversent les villes et les villages. Les agences de l'ONU signalent que sur les 673 millions de personnes qui pratiquent la défécation en plein air, 91% vivent dans des zones rurales. Une augmentation de la population entraîne une croissance localisée de la défécation en plein air.

1.6. Généralité sur la défécation à l'air libre

La défécation à l'air libre consiste à déposer la matière fécale en plein air - par exemple, dans les champs, les forêts, les buissons, les lacs et les rivières - plutôt que dans les toilettes. Ce phénomène dans certains endroits constitue une pratique communautaire car n'ayant pas de latrine toute une communauté déverse la matière fécale dans les rivières, marigot qui traversent les villes et les villages. De façon globale, la pratique diminue régulièrement, mais son élimination d'ici 2030 comme le préconise les Objectifs de Développement Durable (ODD) nécessite une accélération de l'utilisation des toilettes, notamment en Asie centrale et du Sud, en Asie de l'Est et du Sud-Est ainsi qu'en Afrique subsaharienne. (ONU,2016). Les agences de l'ONU signalent que sur les 673 millions de personnes qui pratiquent la défécation en plein air, 91% vivent dans des zones rurales. Une augmentation de la population entraîne une croissance localisée de la défécation en plein air.

1.6.1. Pourquoi la défécation en plein air est-elle un problème si grave ?

La défécation en plein air est un affront à la dignité, à la santé et au bien-être, selon UNICEF, (2015), un gramme de fèces peut contenir 10 millions de virus, un million de bactéries et mille kystes. L'OMS (2016) signale que les mauvaises pratiques d'assainissement et d'hygiène (par exemple, ne pas se laver les mains au savon après avoir déféqué et avant de manger) contribuent à plus de 800.000 décès dus à la diarrhée chaque année, plus que les décès liés au paludisme. Belec, Hentgen, et Jauréguiberry (2000) parlent de maladie du péril fécal comme étant l'ensemble des maladies liées aux excréments dont la contamination se fait par ingestion de matières fécales qui elles-mêmes contiennent des microbes responsables des maladies infectieuses. La contamination se fait par voie orale. C'est le fait d'avaler une petite quantité d'excréments qui contient des microbes responsables de maladies. On parle de transmission féco-orale c'est -à-dire (matière fécale vers la bouche) et la défécation en plein air est l'un des puissants vecteurs de ces maladies

1.6.2. Causes de la défécation à l'air libre (DAL)

Accès à l'assainissement : Les travaux que nous relèverons ici sont ceux menées sous d'autres cieux ils ont pour but de nous éclairer sur les aspects déjà abordés de notre thème afin que notre contribution apporte effectivement du nouveau dans la recherche. D'après Backiny-Yetna et al (2010) le pourcentage des ménages utilisant la chasse d'eau est passé de 57,2 à 53,8 % il explique cette baisse par le fait que les ménages nouvellement constitués utiliseraient des toilettes non améliorées. Il a également parlé d'une forte disparité, Dans l'accès à l'assainissement entre les communautés rurales. Une étude de Faye et al (2011) montre que les latrines sont absentes dans 76% des concessions et lorsqu'elles existent, sont réservées aux les adultes, et que 61% des enfants défèquent dans la nature.

À travers leur étude, montrent que même quand les communautés disposent de latrines, elles ne les utilisent pas assez car lesdites latrines sont sales et par conséquent poussent certains à se soulager dans la nature ce qui n'est pas sans répercussions sur la population. De ces quelques travaux nous comprenons que l'accès à l'assainissement de qualité n'est pas une évidence pour beaucoup de ménages et même lorsqu'elles sont présentes elles sont mal utilisées poussant, alors les potentiels utilisateurs à pratiquer la défécation à l'air libre (DAL) qui est source de contamination des maladies du péril fécal.

- **Attributs des latrines :** Les études ont montré que les latrines ne sont pas uniquement utilisées parce qu'elles sont disponibles et accessibles. Il faut en plus qu'elles présentent des caractéristiques recherchées par les populations. Les travaux de Bernard et al (2013) révèlent que les latrines ayant un bon mur des panneaux non cassés, couvertes étaient assez bien utilisées et celles ayant une porte, optimisait l'utilisation des latrines. Nelson et al (2014) évoquent comme motif de la non utilisation des latrines le type de ces dernières. En effet disent-ils pour les toilettes communes, l'insatisfaction est très grande due au problème de propreté et du grand nombre de personnes qui les utilisent. Ils relèvent un taux d'utilisation de 82% pour les toilettes privées et de 48% pour les toilettes communes. Bernard et al (2013) y ajoutent l'idée de sécurité pour la femme et la fille dans l'utilisation des toilettes communes.
- **Les normes sociales :** Elles sont également pointées comme la cause de la DAL. En effet lorsque dans un milieu les individus la pratiquent sans être stigmatisés, ils ne trouvent pas en cette pratique un problème ce constat est bien illustré dans les études menées en Inde par Bernard et al (2013) où les individus évoquent comme raison pour la DAL que les déchets se retrouvent loin des maisons.

- **Les sanctions** : Tadesse-yimam et al (2014) disent des sanctions qu'elles pourraient contribuer à forcer les individus à l'utilisation des latrines. En effet si l'individu a le sentiment qu'en pratiquant la DAL il sera puni, cela pourrait le contraindre à utiliser les latrines.

1.7. Utilisation des latrines

Une étude de l'OMS (2015) indique que dans les communautés ayant bénéficié de campagnes d'assainissement ont un taux de couverture en latrines de 72% contre 10% pour les communautés n'en ayant pas bénéficié et même parmi ceux ayant des latrines, moins de la moitié déclarait utiliser ces latrines car ils disent préférer la DAL pour certains ils trouvaient qu'elles manquaient d'intimité. Tadesse – Yimam et al (2014) estiment que dans un district du nord de l'Ethiopie, le taux d'utilisation de latrines est à 86% et que la taille importante du ménage rendait l'utilisation systématique des latrines impossible.

1.7.1. Facteur influençant la capacité l'utilisation des latrines

Avoir l'opportunité ne suffit pas toujours pour amener les individus à utiliser les latrines il faut en plus de cela, une certaine capacité en terme de compétence sur le plan de l'éducation en terme de moyens financiers de normes et de valeurs véhiculées dans la communauté nous pouvons citer :

L'éducation : Le niveau d'instruction a une grande influence sur le niveau socio-économique des ménages et selon l'étude de Faye et al (2011), cette instruction modifie les connaissances et les perceptions de celui qui la possède et généralement favorise l'utilisation des latrines. En effet cette connaissance permet aux l'individu de voir le lien entre la non utilisation des latrines et les maladies du péril fécal. Ils sont alors prêts à modifier leurs comportements contrairement à ceux qui ne sont pas suffisamment instruits.

Compétence des artisans : Une étude menée au Ghana par Jenkins et Scott (2007) précise qu'à cause du manque d'expertise, les latrines peuvent être mal construites et être un frein pour à utilisation.

Accessibilité financière :IL s'agit du coût pour améliorer ou construire les latrines. Ils estiment que construire une latrine est Coûteux surtout quand il faut du ciment (O 'Connel,2004).

Prise de décision : Il s'agit ici comme précise Jenkin et scott (2007) de la décision d'améliorer ou de construire des latrines, la motivation peut venir de l'insatisfaction avec les pratiques courantes, l'identification des bénéfices à tirer de l'amélioration.

Participation communautaire : Il s'agit ici de la place de l'information, de la sensibilisation et, de la promotion des programmes de santé communautaire pour dire l'importance de l'utilisation des latrines en effet les études de Awoke et al (2013) ont montré que les ménages qui ont été sensibilisés, montraient deux fois plus d'intérêt à l'utilisation des latrines contrairement aux ménages qui n'ont pas été sensibilisés. C'est dire le rôle important de la sensibilisation et de la mobilisation pour l'engagement de l'individu dans un processus de changement.

1.7.2. Facteurs de motivation

Ce sont tous les éléments de l'environnement socio-culturel de l'individu qui concourent à une construction mentale et qui influencent la perception de l'individu sur un aspect.

Croyances : Dans le cas des toilettes une étude au Ghana (Jenkins et Scott,2007) révèle que pour beaucoup les toilettes publiques sont essentiellement sales, nauséabondes, ce qui provoquent des maladies, cette croyance ne facilite pas l'utilisation des toilettes publiques.

Déterminants sociaux émotionnels : Le prestige peut pousser à l'adoption des latrines puisqu'il inspire la fierté, le respect, la considération des autres qui auront utilisé vos latrines. Le bien-être de soi et de la famille de posséder des latrines protège la famille des maladies la met en sécurité. La notion de honte et d'humiliation peuvent être des facteurs favorisant l'utilisation des latrines.

Volonté capacité à payer : Il s'agit du revenu économique de la possibilité de pouvoir payer pour s'offrir des latrines de qualité acceptable. La recension non exhaustive des écrits sur les latrines nous a permis de comprendre le comportement de l'individu par rapport à l'utilisation des latrines. En effet la DAL qui est source de contamination bien connue par ceux qui la pratiquent, a du mal à disparaître malgré tout le risque qu'il présente ces écrits dévoilent un certain nombre de facteurs qui participent à l'adoption de ce comportement.

Résumé

Dans cette section du travail, il était question de parler des généralités sur la notion du risque et de façon plus approfondie du risque sanitaire, à savoir les définitions de ce que sont le risque et le risque sanitaire, de la psychologie du risque à savoir de façon précise, la perception et la représentation sociale du risque, la théorie de la représentations sociale a fait l'objet d'un point pour nous aider à mieux expliquer le comportement des individus face aux risques, la construction sociale et les facteurs de cette construction, Puis nous avons terminé par la gestion du risque en développant les points suivants : La construction de la gestion du risque, les dimensions de la gestion du risque, la gouvernance dans la gestion du risque, les stratégies de gestion des risques. Nous avons également relevé quelques informations sur la notion de toilette en tant que lieu de défécation, puis défini la défécation à l'air libre, relever quelques raisons de cette pratique, ses conséquences, et évoquer les facteurs qui freinent son éradication et ceux qui expliquent sa pratique.

Chapitre 2 :
Autoefficacité et comportement de santé : éléments de
compréhension pour une gestion des risques réussie :

Dans cette section du travail, il sera question pour nous de relever des écrits des auteurs qui ont montré comment agir sur la croyance de l'individu, peut élever sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités, que l'auteur désigne par autoefficacité (Bandura, 1992). Le sentiment d'autoefficacité mesuré ici, est celui des populations dans la gestion des risques sanitaires liés à la matière fécale, qui sur le plan concret revient à mettre sur pied des stratégies qui permettront d'élever l'autoefficacité et favoriser un changement de comportement, afin d'adopter des comportements de santé pour une meilleure utilisation des latrines.

Lorsqu'un individu est convaincu qu'il peut par ses propres capacités, obtenir les résultats qu'il souhaite, il a l'assurance de pouvoir agir devant une difficulté. Albert Bandura parle à cet effet de « système de croyance sur son autoefficacité ou sentiment d'efficacité personnelle, qui serait le fondement de la motivation, du bien-être et des accomplissements humains ». L'autoefficacité comme l'a démontré Bandura est un processus dynamique qui se construit à travers des sources, qu'il a pris le soin de bien détailler. Elle est une capacité cognitive que l'on mobilise pour mettre au service de l'atteinte d'un but. Le comportement de santé renvoie à toute activité qu'un individu mène chaque jour et qui a une incidence sur sa santé. Des auteurs tels qu'Ajzen, Fishbein et bien d'autres ont développé des théories qui permettent d'expliquer les mécanismes mis en place avant l'accomplissement d'une action.

2.1. Autoefficacité : Origine et évolution du concept

L'autoefficacité ou encore l'efficacité personnelle est un concept très développé ; parti du courant de la sociologie cognitive en psychologie, il est évoqué pour la première fois en 1960 sous le terme « efficacy expectations » (Bandura, 2007). Plusieurs auteurs se sont attelés à démontrer par leurs écrits, le rôle majeur que l'autoefficacité peut jouer dans de multiples activités humaines. Il a été développé de manière significative et déterminante par le psychologue Bandura . Ce concept s'inscrit dans le cadre de la théorie sociocognitive, qui est une théorie issue du béhaviorisme et du cognitivisme et stipule que le fonctionnement et le développement psychologique se font à travers trois facteurs à savoir : le comportement, l'environnement, la personne. Ces facteurs s'influencent réciproquement mais n'ont pas le même impact. On parle de Causalité Triadique Réciproque. Cette théorie considère les individus comme des agents actifs de leur propre vie. D'où la notion d'agentivité qui exerce un contrôle et une régulation de leurs actes. La notion d'agentivité reconnaît également la capacité des individus à anticiper et à ajuster leurs actes, (Rondier, 2004).

L'autoefficacité est aussi nommée par Bandura, « sentiment d'efficacité personnelle » Lecompte (2008), la définit comme croyances à propos des capacités de la personne à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie. Bandura (2003) définit ce sentiment comme les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Une conviction qu'une personne a de réussir, à manifester un comportement requis pour produire des résultats, son engagement, sa motivation. Ledoux et Bandura (2002) précisent que cette autoefficacité influence sa performance, son engagement sa motivation, sa vulnérabilité au stress, son niveau d'effort et de persévérance dans l'accomplissement d'une action ou d'une tâche spécifique ainsi que sa résilience face à l'adversité donnée.

L'autoefficacité est donc la croyance d'une personne à pouvoir accomplir une tâche avec succès. Elle influe sur le choix des activités à accomplir, les efforts qui y seront déployés, le niveau de persévérance et le niveau de stress par rapport à celles-ci. En effet, les personnes qui ont un sentiment d'efficacité personnelle faible ont tendance à être plus désorganisées face à l'analyse d'un problème, que celles dont le sentiment d'efficacité personnelle est élevé (Bandura, 1993). Ces personnes ont également tendance à éviter les tâches jugées difficiles, ont de faibles aspirations et ne s'impliquent pas assez dans la réalisation des buts fixés (François & Botteman, 2002). Ce sentiment contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles. Bandura précise qu'il existe des sources du sentiment d'efficacité personnelle qui permettent de la construire, de la modifier.

2.1.1. Les sources du sentiment d'autoefficacité

Selon Bandura (1997), elles sont au nombre de quatre à savoir : la maîtrise personnelle ou l'expérience active, L'expérience vicariante ou l'expérience indirecte, La persuasion verbale, les états physiologiques et émotionnels. Ces quatre sources d'informations permettent aux individus d'avoir un certain degré d'efficacité personnelle pour un comportement donné. Elles sont utilisées selon l'individu, le moment et le contexte en question, et chaque source pourra être complémentaire des autres.

- ❖ La maîtrise personnelle : Encore appelée expérience directe où expérience active, nous enseigne qu'avoir fait personnellement l'expérience, relever le défi par ses propres moyens a un impact significatif sur notre autoefficacité. En effet

L'expérience personnelle permet qu'à l'avenir celui qui la possède se juge capable d'affronter des tâches et défis complexes.

- ❖ L'expérience vicariante encore appelée apprentissage social : Elle consiste à évaluer ses capacités personnelles en observant des actions réalisées par d'autres personnes dans une situation comparable à celle qu'on aurait vécue. On observe et tire des conclusions. Ces dernières sont de plus en plus significatives lorsque les personnes observées nous ressemblent.
- ❖ La persuasion par autrui ou encore expérience symbolique : Elle consiste à encourager les autres que nous jugeons crédibles par des messages d'encouragement ceci permet de renforcer sa propre confiance et croire en ses propres capacités.
- ❖ L'état physiologique et émotionnel : Il s'agit ici de toutes les sensations physiques, conséquence des informations transmises par notre état physiologique. Comme exemple, nous pouvons citer les palpitations, tremblement de main ...toutes ces sensations influent sur la façon dont nous évaluons une situation et faisons face. Lorsque cette émotion est positive, elle stimule notre autoefficacité ; par contre les émotions négatives nous inhibent et nous font croire que nous sommes incapables de gérer la situation.

2.1.3. Les effets d'une autoefficacité élevée

Un bon niveau d'autoefficacité va produire des effets qui prédisposent à la réalisation d'un comportement à savoir entre autres, le choix des conduites à tenir, la grande résilience des personnes face aux imprévus et difficultés. L'autoefficacité est devenue une dimension importante de la conception de développement et l'évaluation des programmes. on utilise l'autoefficacité quand on est intéressé par l'action et le comportement en contexte précis, elle privilégie l'abord métacognitif et motivationnel question de vérifier le rapport subjectif à ses propres comportements évalué dans une perspective temporelle, passé et surtout future .L'individu est capable de planifier ses actions, d'anticiper ses réussites et échecs et particulièrement d'apprécier sa propre capacité à mettre en œuvre des comportements particuliers pour réaliser une performance souhaitée (Gist & Mitchell, 1992). Ce sentiment d'autoefficacité est utilisé dans de nombreux domaines : Education, Santé, Sport etc.

2.1.4. Les effets d'une autoefficacité faible

Un faible niveau d'autoefficacité peut provoquer un évitement des situations qui révélerait une incompétence supposée. Les personnes ayant un SEP faible dans un domaine particulier,

évitent les tâches difficiles parce qu'elles les perçoivent comme menaçantes. Lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés, elles butent sur leurs déficiences personnelles, sur les obstacles et les conséquences négatives de leurs actes plutôt que de se concentrer sur la façon d'obtenir une performance satisfaisante. Ces personnes ont des difficultés à se décider sur un but. (Monto Jonté, 2014).

2.1.5. Importance du sentiment d'autoefficacité

Cette théorie qui a acquis une grande importance dans le secteur de la santé, désigne la conviction subjective de pouvoir exécuter efficacement une action souhaitée grâce à ses propres compétences (Brink Mann, 2014). On comprend par cette définition qu'exécuter ou ne pas exécuter une tâche exigeante, ne dépend pas uniquement des capacités de l'individu ; A la base il faut avoir acquis un niveau d'autoefficacité qui vous permet d'aborder les tâches complexes non pas comme des menaces à éviter, mais plutôt comme des défis pouvant être surmontés. Les attentes subjectives ont donc une influence sur la façon dont l'individu aborde les situations et les tâches ; cela suppose que si celui-ci s'estime capable de résoudre une tâche, il utilisera toutes ses possibilités et compétences à cet effet et plus cette attente subjective est élevée, plus grande aussi est la probabilité de réussir cette tâche.

Contrairement à un autre qui aborde le problème sans conviction (Ronneau-Bose & Frohlich-Gildhoff, 2004). Nous l'avons dit plus haut, que l'autoefficacité privilégie l'abord métacognitif et motivationnel, que l'on soit dans le champ professionnel ou académique. Ce concept peut permettre de prédire les comportements et de donner des pistes pour changer les comportements indésirables lorsqu'on est dans le domaine de l'exposition au risque, de la préservation de la santé (Saint Pierre, 1994). Pour une meilleure compréhension de ce concept, nous donnerons des éléments sociocognitifs qui le sous-tendent, puis nous montrerons qu'il s'est progressivement imposé dans la plupart des modèles psychosociaux de prédiction des comportements, relatifs à l'exposition au risque et à la prévention de la santé. L'autoefficacité est devenue une dimension importante de la conception du développement et de l'évaluation de programmes de prévention. Le sentiment d'autoefficacité constitue le jugement que porte une personne sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche (Ledoux, 2013). Il propose une distinction importante entre l'attente des résultats de l'action, qui reflète la perception qu'a une personne de la contingence existant entre des comportements et leurs conséquences et l'attente d'efficacité qui reflète la croyance qu'a l'individu de pouvoir exécuter avec succès le comportement en question. La certitude de son efficacité personnelle

ne concerne donc pas tant les connaissances détenues par un individu, que le jugement qu'il porte sur ce qu'il croit être en mesure de faire avec ces connaissances dans une situation particulière. Chaque individu est capable de planifier ses actions, d'apprécier sa capacité à mettre en œuvre des comportements particuliers pour atteindre une performance souhaitée.

L'autoefficacité est fortement liée à la motivation dans la mesure où elle participe tant à l'engagement initial dans une activité, à la définition des buts, à l'effort fourni pour atteindre ces buts, qu'à la persistance devant les difficultés rencontrées pour atteindre un but (Bandura & Locke, 2003). L'autoefficacité est une composante importante de l'autorégulation des comportements, elle facilite la capacité à récupérer après un traumatisme. L'autoefficacité est apparentée aux termes suivants : compétence, "empowerment", leadership, motivation, estime de soi et autocontrôle (Bandura, 2007). Les termes "empowerment" leadership sont très utilisés et sont beaucoup plus des conséquences de l'autoefficacité. (Emile Morin *et al*, 2019). La croyance d'une personne en sa capacité peut affecter son niveau d'implication et sa volonté de fournir les efforts nécessaires à la réalisation d'une performance ou d'un but. Dans le cadre de notre étude, avoir, l'importance de l'autoefficacité n'est plus à démontrer. En effet l'avoir, permettrait de ne ménager aucun effort pour éviter de laisser traîner la matière fécale.

2.1.6. Notion d'efficacité perçue

La notion d'autoefficacité perçue renvoie alors à la croyance dans ses propres capacités à organiser et exécuter les séquences d'actions propres pour obtenir certains résultats (Bandura, 1997). Cela suppose que chaque individu selon la situation, se sente capable ou non d'atteindre un niveau de performance donné pour une activité précise qui nécessitant une bonne dose de motivation. Elle peut amener l'individu à croire qu'il est capable ou pas de réaliser ou de ne pas réaliser, d'atteindre un niveau de performance donné pour une activité particulière. L'auteur dit que l'autoefficacité est liée à la motivation car sans elle on ne peut prendre la décision de s'engager dans une activité. On a besoin d'elle tout d'abord pour définir les objectifs, ensuite, pour faire l'effort nécessaire pour atteindre ces objectifs et enfin être endurant face les difficultés

2.1.7. Comment mesure-t-on l'autoefficacité ?

Delhomme et Meyer, (1998) ont écrit que l'autoefficacité se mesure à l'échelle d'une activité particulière décomposée en niveaux de performance. Qu'elle peut encore être approchée pour un domaine d'activité plus large comme réaliser un comportement de santé ou éviter

un comportement nocif pour la santé. Mesurer l'autoefficacité dans notre travail reviendra à relever toutes les actions engagées par l'individu pour déposer sa matière fécale dans des lieux appropriés.

2.1.8. Rôle possible de l'environnement social dans le processus **d'autoefficacité**

Lorsque dans un environnement, les réussites sont valorisées, cela favorise les aspirations, l'engagement productif dans les activités grâce à un sentiment d'autoefficacité élevé. Bandura a ressorti les différents effets psychosociaux et émotionnels en croisant les variables sentiment d'autoefficacité et attente de résultat. Il a obtenu ceci, lorsque le sentiment est élevé et l'attente aussi élevée, cela favorise les aspirations, l'engagement productif dans les activités et un sentiment de réussite personnelle. Si le sentiment est élevé et l'attente faible, on obtient des revendications, des reproches, le militantisme ou le changement de milieu. Si le sentiment est faible et l'attente élevée, on observe une auto dévalorisation, un découragement. Si le sentiment et l'attente sont faibles, on aboutit à une résignation une apathie. Cela montre que le sentiment d'autoefficacité varie en fonction de l'univers mental dont il dépend. Il y'a aussi l'expérience du milieu social et culturels d'appartenance du sujet. Cette théorie montre la place importante de l'autoefficacité sur la prédiction des comportements. (Collectif, 2004)

2.1.9. La place de l'autoefficacité dans le changement de comportement

En psychologie sociale, beaucoup de programmes sont conçus en se basant sur l'autoefficacité pour proposer des modèles de prédiction de comportement. Plusieurs de ces derniers présupposent qu'une quantité de construits et de mesures permet de prédire le comportement (Fishbein, 1997). Les attentes des individus à propos d'un comportement et expectation sont balancées par les valeurs attribuées à ce comportement. L'attente peut être négative et associée à une valeur négative volitionnelle. Dans ces modèles, ces antécédents volitionnels du comportement sont pris en compte sous forme de but ou intention comportemental. Ces modèles hiérarchisent les déterminants du comportement, présentent une valeur prédictive des comportements et varient d'un domaine à l'autre. Ces modèles aident également à caractériser les déterminants du comportement et par là aident à concevoir des interventions appropriées. Pour augmenter la qualité de prédictions, on se sert du concept et de la mesure de l'autoefficacité. Pour nous, l'autoefficacité permettrait de mettre sur pied des protocoles d'intervention pour une action communautaire réussie. (Lamoureux, 2007)

2.1.2. Psychologie du contrôle

Ne pas pouvoir contrôler son environnement, épuise les ressources affectées, diminue la motivation. Cet effet est augmenté quand le contrôle perçu est faible l'autoefficacité décrit l'évaluation des compétences à exercer du contrôle sur l'environnement ou sur soi par des actions appropriées. Elle renvoie aux croyances relatives à sa propre capacité à mettre en œuvre des actions appropriées. La valeur prédictive de l'autoefficacité vient du fait qu'elle respecte le principe de concordance entre les jugements de valeur sur les comportements et les comportements eux-mêmes. (Gadiou,2015).

2.2. Théories

Le rôle de la grande famille est d'expliquer un ensemble de phénomène , elles permettent d'éclaircir les procédées méthodologiques, de clarifier les concepts qu'elle mobilise .Les concepts sont des éléments abstraits et essentiels à la théorie, qui permettent de les mettre en relation avec d'autres concepts, dans le but de décrire et d'expliquer le phénomène .Les théories explicative du comportement permettent donc d'expliquer et de décrire de façon de penser ; d'agir et de sentir des individus. Ainsi pour expliquer l'autoefficacité chez l'individu, nous allons utiliser la théorie sociocognitive et celle de l'apprentissage social de Bandura.

2.2.1. La théorie sociocognitive

Par cette théorie, Albert Bandura, permet d'expliquer que la nature humaine est en partie gouvernée par des choix que l'on fait des valeurs et normes d'évaluation personnelle. Et c'est cette ressource interne qui donne aux individus un sens à leur vie et la satisfaction de ce qu'ils font. Cette théorie parle du sentiment d'efficacité personnelle ou autoefficacité, et précise que ces concepts sont le fondement de la motivation, du bien-être et de l'accomplissement de l'homme c'est -à -dire que si ce sentiment d'autoefficacité est absent, la probabilité d'obtenir le résultat souhaité par ses propres moyens reste très faible (Carré ,2004).

Les concepts pivots de cette théorie sont les sentiments d'efficacité personnelle, le but, les attentes de résultats, les obstacles perçus

2.2.2. Théorie de l'apprentissage Social

La théorie de l'apprentissage social est un courant du comportementalisme qui s'intéresse à la construction de la personnalité, envisagée comme un ensemble d'habitudes apprises en

réponse aux stimuli de l'environnement. Ainsi, selon cette théorie, le processus d'apprentissage obéit au principe du conditionnement instrumental et s'effectue par imitation lors de l'exposition au modèle. Pour Bandura deux modalités sont à l'origine du comportement, à savoir, d'une part l'apprentissage direct et d'autre part l'apprentissage par observation. Deux modalités que Bandura développe encore comme étant des sources de l'autoefficacité cela montre à quelle point l'autoefficacité a été fortement influencée par la théorie de l'apprentissage social. L'autoefficacité est devenue une dimension importante de la conception et du développement des programmes de préventions. On utilise l'autoefficacité quand on est intéressé par l'action et le comportement en contexte. L'individu est donc capable de planifier ses actions, d'anticiper ses résultats et échec ainsi que d'apprécier particulièrement sa propre capacité de mettre en œuvre des comportements particuliers pour réaliser une performance souhaitée : On parle de l'efficacité perçue qui renvoie aux croyances dans ses propres capacités à organiser et à exécuter les séquences d'actions conduisant à certains résultats (Bandura, 1997).

2.3. Recension de quelques écrits

Cette partie présente quelques écrits qui ont traité l'autoefficacité. Cependant, force est de constater qu'aucun d'eux ne traite l'autoefficacité liée à l'utilisation des toilettes. Nous allons les présenter dans l'ordre chronologique de parution à savoir :

Schunk (1983). veut déterminer l'effet des récompenses tangibles extrinsèques offertes dans un contexte de développement des compétences en arithmétique sur les croyances d'efficacité de l'enfant en arithmétiques. L'étude soulève l'hypothèse selon laquelle offrir une récompense pour accomplir une performance serait plus efficace que la récompense à la tâche. L'auteur précise qu'offrir une récompense suite à un progrès donne aux enfants, une croyance d'efficacité personnelle qui peut être actualisée par l'effort.

Mathieu *et al* (1993) ont proposé un modèle qui inclut des antécédents individuels et situationnels du développement de l'autoefficacité pendant une formation chez les enseignants. L'hypothèse émise stipule que les contraintes différentes et globales sont négativement liées au développement du sentiment d'autoefficacité, ils concluent que plus l'élève est disposé à relever des défis et à travailler ardemment, plus il est apte à développer sa croyance d'efficacité pendant la formation.

Bouffard-Bouchard (1994) cherche à déterminer si l'activation des connaissances à propos des stratégies appropriées pour étudier un texte augmente l'autoefficacité et le contrôle de la

compréhension chez les jeunes du collège. L'hypothèse soulevée est que les étudiants qui réfléchissent sur le texte développent un sentiment d'efficacité plus élevé que ceux qui n'ont pas cette opportunité.

Shih et Alexander (2000) évaluent les effets combinés des buts désirés et des différents types d'informations comparatives sur la croyance d'efficacité personnelle dans les classes taiwanaises. L'hypothèse est que les enfants se fixant des objectifs, démontrent un sentiment d'efficacité élevé. Il conclut que l'autoefficacité est plus élevée lorsqu'on se compare à soi-même.

Britner et Pajeres (2006) vérifient les sources de l'autoefficacité dans le but de prédire les croyances d'autoefficacité en science chez les étudiants au niveau secondaire ils émettent l'hypothèse selon laquelle chaque source d'autoefficacité contribue positivement et indépendamment à la croyance d'efficacité en science. Ils concluent que l'autoefficacité dans sciences est une information majeure pour prédire significativement l'accomplissement dans ce domaine

2.3. Comportement de santé

Cette deuxième partie de ce chapitre nous permettra de comprendre des notions telles que le comportement, le comportement de santé, les déterminants de la santé le lien entre le comportement adopté et la santé. Afin de faire le lien entre ce comportement et la gestion des risques.

2.3.1. Concept de comportement

Les behavioristes définissent le comportement comme l'ensemble des réactions objectivement observables qu'un organisme, généralement pourvu d'un système nerveux, exécute en réponse aux stimulations du milieu, elles-mêmes objectivement observables (Watson, 2013). La plupart des théories visant à comprendre les comportements liés à la santé stipulent que le meilleur prédicteur d'un comportement est son intention de s'y engager (Ajzen, 1975) Si une personne a l'intention d'exécuter un comportement il y'a de très fortes chances qu'elle le produise. Ajzen (1975) le définit comme la réponse observable d'un individu dans une situation donnée à l'égard d'une cible donnée.

2.3.2. Comportement de santé

Selon le glossaire de la banque de donnée de la santé publique (2013), «la notion de comportement lié à la santé correspond à tout comportement ou toute activité faisant partie

de la vie quotidienne mais qui influe sur l'état de santé de la personne. Presque tous les comportements liés à la santé font partie intégrante des modes de vie d'un individu ou d'un groupe. Les comportements de santé sont influencés par le milieu social, culturel, et physique dans lequel nous vivons et travaillons. Ces comportements sont modelés par des choix personnels, des contraintes externes. Les comportements à risque apportent les maladies et dégradent la santé au fil du temps alors qu'à l'opposé, les comportements positifs favorisent un état de bonne santé et préviennent les maladies.

De ce fait, en surveillant les comportements liés à la santé, on est capable de réduire le risque lié à la santé de la population, reconnaître la communauté qui nécessite une intervention de santé publique et d'évaluer l'efficacité des politiques de santé. Les comportements sanitaires sont les indicateurs de la santé de la population. On peut ainsi prévoir le risque de santé qui peut survenir, ou alors l'amélioration de la santé de la population, simplement à partir du comportement de santé qu'adoptent les individus. Notons également que les comportements liés à la santé ne surviennent pas de façon isolée. Ils sont toujours influencés et restreints par les normes sociales et culturelles. Il est donc important de les surveiller pour aider les individus à maintenir un niveau de santé optimal.

2.3.3. Les déterminants du comportement la santé

Selon l'OMS cité par (François Alla, 2016), les déterminants de la santé sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Ils sont en d'autres termes les facteurs qui provoquent un changement de l'état de santé. Ces facteurs peuvent être un événement, une caractéristique ou toute autre chose définissable qui provoque un changement de l'état de santé. Des modèles généraux de ces déterminants ont été développés tels que le modèle de croyance en santé (HBM ; par Becker la théorie de l'action raisonnée théorie du comportement planifié (TAR TCP) par, Fishbein et Ajzen et la théorie sociale cognitive (SCT) comme celle proposée par Bandura. Ces modèles contiennent un certain nombre de déterminants communs à savoir les intentions, l'autoefficacité, les attentes en matière de résultats, la sensibilité perçue (Corner et Norman, 2015). Cette définition nous montre qu'il y a une relation de cause à effet entre le déterminant et l'état de santé. Elle peut être unifactorielle et direct ou multifactorielle et indirect. Cela veut dire que pour aboutir à un changement de comportement pour une bonne santé, il faut agir sur les déterminants de santé. Certains de ces facteurs peuvent être utilisés pour expliquer beaucoup de comportements, d'autres par contre ne s'expliquent qu'avec des déterminants précis.

2.4. Efficacité des interventions pour changer les comportements de santé

La revue de la littérature regorge beaucoup d'écrits sur les interventions visant à modifier les comportements en matière de santé et beaucoup n'ont présenté que des effets de faible ampleur sur le comportement ciblé. Ce résultat met ainsi en évidence la nécessité de mettre sur pied des programmes systématiques pour développer des interventions plus efficaces. West (2007) précise que les modérateurs ont le potentiel d'avoir un impact sur le comportement à long terme. Rhodes *et al* (2017) ont montré que l'absence de modérateur dans une intervention rendait cette dernière laborieuse.

Les modérateurs potentiels dans l'intervention peuvent ainsi contribuer à la science de changement de comportement ces modérateurs peuvent être, l'utilisation des théories, la technique de changement de comportement, le niveau et le type d'intervention., Glanz et Bishop (2010) disent que l'utilisation de la théorie accroît l'efficacité des interventions car ces types d'interventions sont susceptibles de cibler les principaux déterminants modifiables du comportement en matière de santé. Leurs travaux montrent effectivement que les interventions de comportement de santé basées sur la théorie sont plus efficaces que celles qui ne le sont pas. Hardman *et al* (2002) font la précision selon laquelle les interventions théoriques peuvent être inspirées de la théorie ou fondées sur la théorie inspirée.

Les techniques de changement de comportement utilisées dans les interventions de comportement en matière de santé sont classées ; L'établissement des objectifs. La rétroaction sur la performance L'auto surveillance, Lorsque ces techniques clés de changement de comportement sont identifiées, la conception et l'efficacité des interventions sont améliorées. Les modes de livraison de ces interventions sont variés. Ils peuvent se faire via la face à face, les documents imprimés, en ligne, la messagerie texte, les appels téléphoniques etc. La plupart des interventions sur le comportement de santé publiées visent les individus et cherchent à changer les croyances et les comportements de santé. Mais les interventions politiques et environnementales peuvent avoir un impact sur le comportement sanitaire au niveau des populations.

2.5. Relation entre les comportements liés à la santé et la santé

Heshmati (2012) pense que le comportement sanitaire peut être traité comme un investissement dans la santé, conduisant à un de capital santé élevé. Il préconise ainsi l'investissement dans la santé car selon lui, au-delà de l'état de bonne santé que cela procure, il y a la productivité qui augmente, le taux de maladie qui baisse, les absences au travail qui

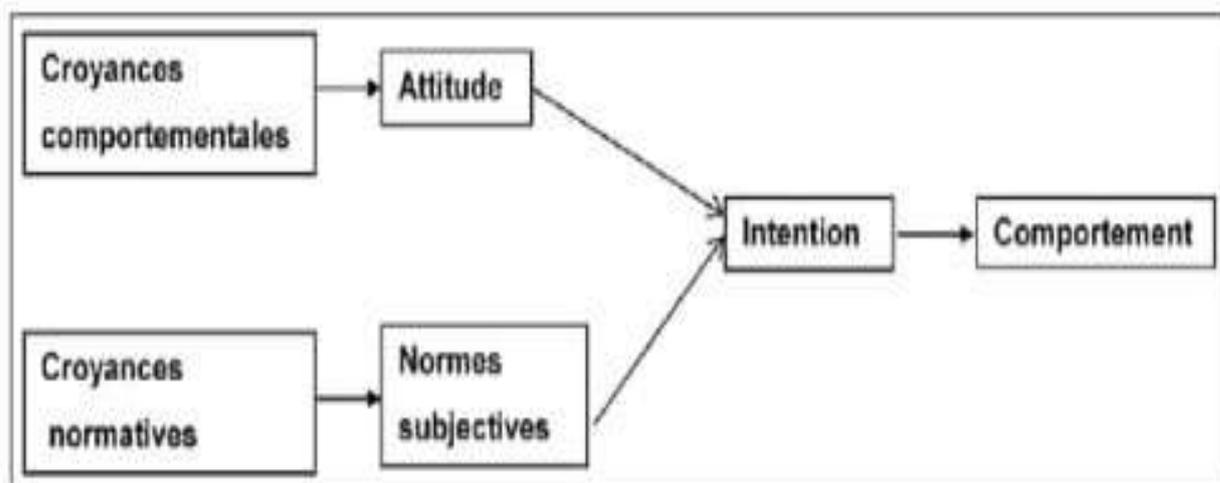
sont faible. Un comportement de santé défavorable a aussi un impact négatif sur la santé. Pour agir sur le comportement défavorable, il est nécessaire de savoir quels facteurs déterminent les comportements néfastes pour la santé.

2.6. Modèles théoriques du comportement

2.6.1. Théorie de l'action raisonnée (TAR)

Elle est élaborée par Martin Fishbein et Icek Ajzen en 1975, elle se fonde sur le postulat selon lequel à l'origine de tout comportement, il y a une intention comportementale c'est-à-dire une décision d'entreprendre de manière consciente un certain nombre d'actions. Cette théorie montre que le comportement de l'individu est guidé essentiellement par des choix pensés, raisonnés. Ils précisent que cette intention est déterminée par deux facteurs à savoir, l'attitude et les normes subjectives (Fishbein et Ajzen, 1975). Pour agir, les gens pensent aux conséquences de ce comportement puis, ils évaluent ces conséquences. Les croyances sont ainsi définies par la probabilité subjective de l'individu sur le fait qu'adopter un comportement précis peut produire des résultats spécifiques. Cette théorie ne considère donc l'attitude et les normes subjectives que comme déterminants de l'intention qui aboutissent au comportement. Tous les autres facteurs selon les auteurs de cette théorie pensent que, s'ils influencent le comportement, ils ne le font que de façon indirecte. Alors pour prédire des comportements cette théorie a été très utilisée

Figure 1:Théorie de l'action raisonnée



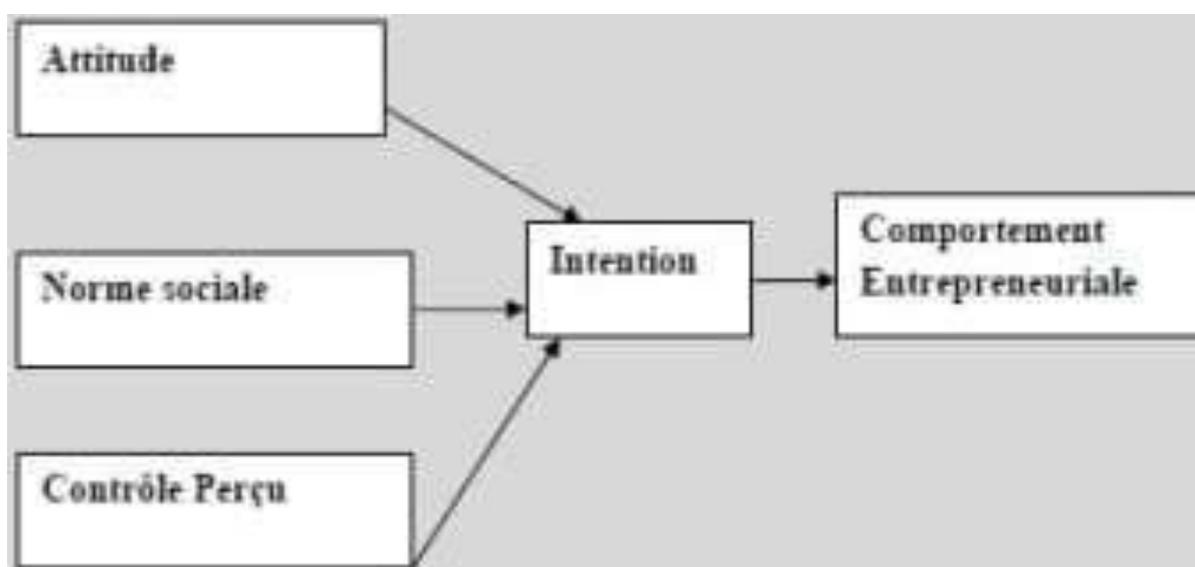
Modèle de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975)

Ajzen (1991) a néanmoins trouvé une limite à cette théorie car il a montré que certains comportements sociaux ne se font pas de manière volontaire.

2.6.2. Théorie du comportement planifié

Elle est le prolongement de la TAR, elle est proposée par Acek Ajzen en 1991. Elle montre qu'en plus de l'attitude et des normes subjectives qui déterminent le comportement, il ya le contrôle perçu ; qu'il définit comme étant la conviction avec laquelle on peut adopter avec succès un comportement voulu. Cette théorie explique le comportement en tenant compte des situations où l'individu a très peu de contrôle volontaire.

Figure 2 : Théorie du comportement planifié



Source : Ajzen (1991, p182)

2.7. Facteur déterminant le comportement : L'intention comportemental

Pour expliquer le comportement, les théories les plus utilisées sont celles de l'action raisonnée de (Fishbein et Ajzen, 1975) et du comportement planifié (Ajzen, 1985). Ces théories parlent de l'intention comportementale comme l'antécédent immédiat du comportement. Les auteurs définissent cette intention comme l'effort qu'un individu est prêt à fournir pour parvenir à son but (Ajzen, 1991). Cela revient à dire que si une personne a l'intention d'exécuter un comportement, alors elle le fera probablement. Ils le définissent aussi comme un plan comportemental qui permet d'atteindre un but. Triandis (1980) dans sa théorie des comportements interpersonnels, évoque l'intention comme étant l'expression de la motivation à adopter avant le comportement. Godin et Kok (1996) parlent de l'intention comme étant le déterminant incontournable de l'action. Beaucoup d'auteurs ont écrit pour

montrer que pour parvenir à un changement de comportement, il faut agir sur l'intention de la personne, montrant ainsi qu'il existe un lien entre le comportement et l'intention (Sheeran, 2002). Les modèles théoriques tels la TAR et la TCP l'illustrent assez bien. Néanmoins il faut préciser que cette intention est influencée par trois facteurs que nous présentons ci-dessous.

2.7.1. Facteurs influençant l'intention :

❖ L'attitude

Les psychologues sociaux tels que Eagly et Chaiken (1993) définissent l'attitude comme une évaluation sommaire d'un objet de pensée. Cet objet se réfère à tout ce qu'une personne discrimine et stocke dans sa mémoire. Cela peut être un objet concret ou abstrait (liberté d'expression, solidarité) un objet peut être animé, une personne un groupe de personnes, etc. L'attitude se traduit donc comme une position à prendre par rapport à un « j'aime je n'aime pas ». Cette conception évaluative de l'attitude est appelée modèle unidimensionnel de l'attitude. Bloch *et al* (1997) parlent de la disposition interne durable qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu relativement à un objet social. Wilson, et al (1990), conçoivent l'attitude comme un fichier mental que l'individu consulte afin d'évaluer l'objet.

D'autres psychologues comme Rosenberg et Hovland (1960) présentent un autre modèle de l'attitude, à savoir le modèle dit de tri componentiel. Dans ce modèle, l'attitude, est définie comme une disposition positive ou négative dont l'expression résulte de trois composantes ci-dessous : la composante cognitive qui concerne les opinions de l'individu sur l'objet d'attitude, les associations d'idées et les rapports que l'individu perçoit entre l'objet et ses valeurs. La composante affective : renvoie aux sentiments, les affects, l'humeur que l'objet suscite. La composante conative qui est la disposition à agir de façon favorable ou défavorable vis à vis de l'objet. Un autre débat autour de l'attitude occupe les psychologues, celui de la conceptualisation des attitudes. Ils veulent savoir si l'évaluation de l'objet est stable dans le temps et si cette conceptualisation est conservée dans la mémoire à long terme. Effectivement certains pensent que l'attitude est un objet stocké en mémoire (Allport, 1935). Petty et al, (1994) conçoivent l'attitude comme un fichier mental (file-drawer) que les individus consultent afin d'évaluer l'objet en question.

À l'opposé de ceux-ci, d'autres théoriciens estiment que, l'attitude est une construction temporaire que les individus construisent en même temps qu'ils évaluent l'objet

(Tesser,1992). Selon cette perception, il n'y a aucune attitude stockée dans la mémoire, l'évaluation se fait à partir des informations qui arrivent dans une situation précise. De ces deux conceptions sont nées beaucoup d'autres celle par exemple qui a montré que les attitudes sont relativement stables dans le temps à l'instar des attitudes politiques par contre d'autres ont montré que les gens se font une attitude selon le contexte, et que cette attitude peut dépendre de l'humeur du moment (Schwarz et Clore, 1983), ou lorsque la situation amène différentes pensées ou alors si plusieurs interlocuteurs sont concernés par la situation. Dans le cadre de notre travail il est question de susciter un comportement positif par rapport à l'utilisation des latrines. Il faut pour cela, les attitudes des individus dans ce cas soient dans ce cas stables et intégrées dans la mémoire, comme décrit dans la première conceptualisation des attitudes.

❖ **Norme subjective**

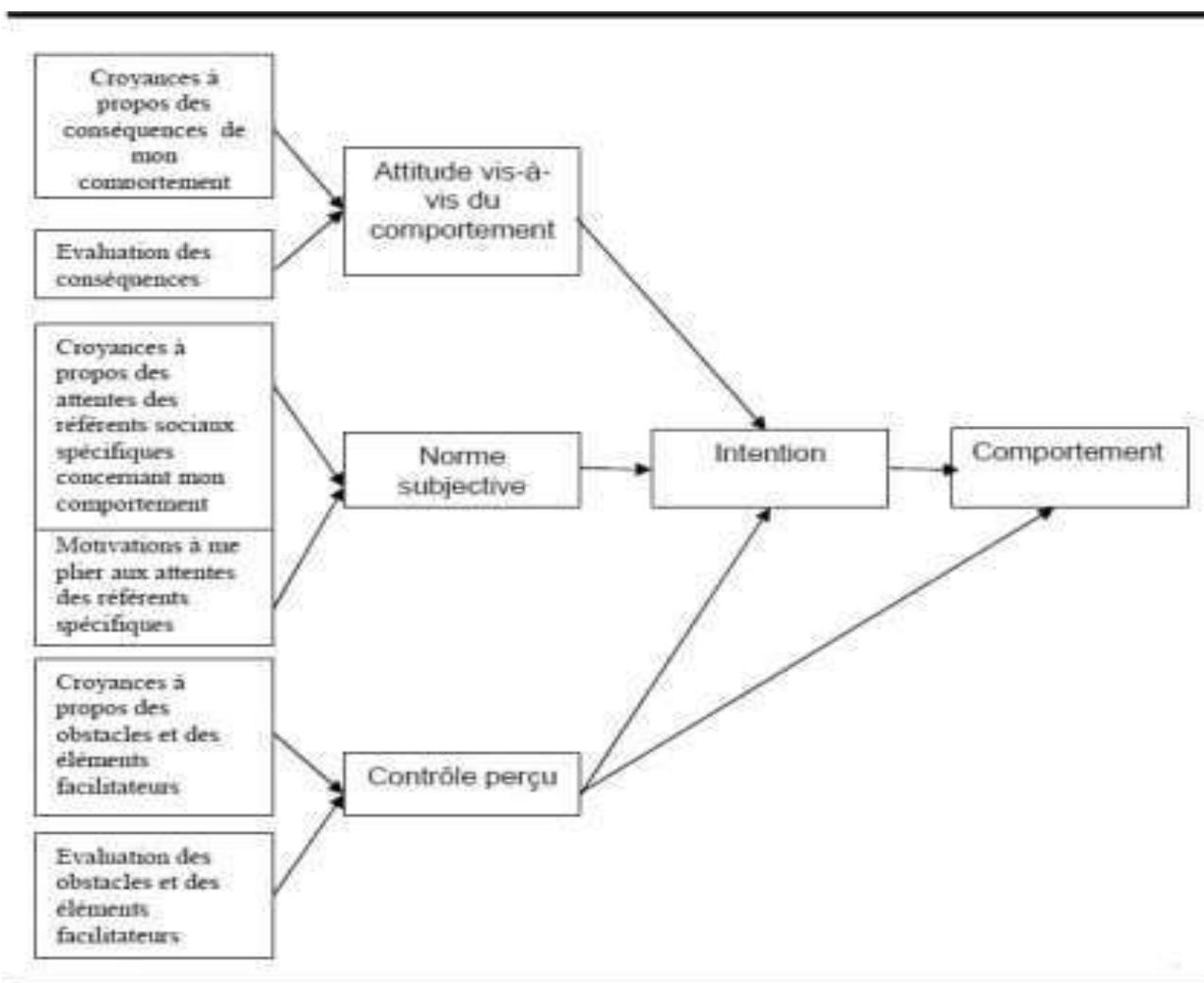
Elle est un autre déterminant de l'intention et renvoie aux croyances selon lesquelles, les personnes ou groupes de personnes significatives pour un individu, ont des attentes à son endroit par rapport à un comportement attendu elle pousse donc à se soumettre aux autres. Elle est déterminée par la croyance normative d'un individu et par sa motivation à se plier aux normes. Ajzen, (1991) les qualifie de pression sociale perçue par l'individu de sa société ou de son entourage, de se comporter d'une certaine façon pour produire un comportement donné. Il se doit de se rassurer sur ce qu'il croit être acceptable par les autres dans son environnement social. En d'autres termes, la norme reflète la perception de l'individu relativement à la pression sociale des personnes qui comptent pour lui (amis, parents, partenaires, ...) l'exécution d'un comportement est fonction des croyances que possède l'individu selon laquelle des personnes importantes pour lui attendent un comportement précis de lui. De sa motivation à se soumettre à ces attitudes (Fishbein,1975). Autrement dit, l'individu croit non seulement que certaines conséquences sont associées à l'exécution d'un comportement, mais aussi que certaines personnes attendent de lui qu'il agisse d'une façon précise dans une situation donnée. Ainsi par rapport au poids de ces attentes, l'importance que leur accorde l'individu, vont avoir une influence sur son intention d'accomplir ou non l'action donnée.

Le contrôle comportemental perçu

Le champ d'application de la théorie de l'action raisonnée restant limité aux comportements sous contrôle intentionnel, Ajzen a montré que certains types de comportement sociaux

peuvent ne pas être sous le contrôle de la volonté. C'est le déterminant qui fait la différence entre la TAR et la TCP ; En effet Ajzen et Albarracin (2007) parlent de la capacité perçue de pouvoir réaliser le comportement ; Il s'agit donc de la perception que l'individu a du comportement en terme de difficulté ou de facilité à adopter ce comportement. Elle est basée sur les obstacles et les expériences passées et sur des informations spécifiques que l'individu reçoit des ressources extérieures. Elle est aussi liée à la perception de la présence de facteurs qui peuvent faciliter ou non l'adoption du comportement. Si la perception du contrôle perçu est élevée, le comportement est adopté

Figure 3 Théorie du comportement planifié contrôle perçu



Source : Leyens et Yzerbyt (1997, p.106)

Le concept d'autoefficacité, de comportement et les TAR et la TCP ainsi présentés, nous avons désormais des éléments qui pourront nous aider à mieux aborder notre travail.

Au cours de ces dernières années, beaucoup de recherches se sont intéressées aux stratégies de changement de comportement. Il en ressort que l'autoefficacité est un des moyens pour aboutir à un changement visible de comportement. Celui auquel notre travail veut aboutir est donc d'amener la population à gérer le risque sanitaire lié à la matière fécale. Gérer le risque dans le cadre de notre travail, consiste pour cette population à changer de comportement afin de se soucier un peu plus du lieu de dépôt de la matière fécale afin que cette dernière ne traîne pas tout ceci motivé par une forte conviction d'être à mesure de le faire lui-même.

Ce changement qui viendra par un renforcement de l'autoefficacité des individus. En clair, nous voulons montrer l'impact de l'autoefficacité pour l'adoption des comportements de santé. L'approche sociocognitive de Bandura (1977) stipule que tout comportement est conditionné par un sentiment d'autoefficacité qui se traduit par la croyance d'une personne en sa capacité à exécuter les actions nécessaires pour atteindre une performance recherchée. Ce sentiment régule le fonctionnement humain à travers trois facteurs qui interagissent de façon permanente et dynamique. Il s'agit des facteurs personnels qui sont les cognitions, les émotions, les états physiologiques de l'individu ; Les comportements, qui sont les expériences, les modèles d'action, l'engagement l'évitement et l'environnement qui renvoie au contexte, à la contrainte, à la présence ou non des soutient...ces facteurs interagissent de manière simultanée et réciproque et non isolée (Carré, 2004). Le sentiment d'autoefficacité régule le fonctionnement humain à travers la pensée, la motivation, les émotions, la sélection, l'effort et la persévérance de l'individu dans un contexte donné. Le sentiment d'autoefficacité contribue alors fortement aux performances de l'individu quelles que soient les aptitudes réelles (Bandura, 2007).

Ce sentiment ne renvoie donc pas à une caractéristique personnelle stable, mais plutôt à une croyance qui se développe en fonction des expériences vécues, des tâches et leur contexte de réalisation (Bandura, 2007). Il (Bandura) soutient l'idée selon laquelle le sentiment d'autoefficacité est modifiable ou éduicable sous l'influence de quatre sources d'information qui sont l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale ainsi que les états physiques et émotionnels comme nous l'avons vu plus haut. Habituellement, le sentiment d'autoefficacité est étudié en fonction d'une tâche donnée, (Luszyńska, Scholz, Schwarzer, 2005). Dans notre travail Cette tâche, est un changement de comportement pour une meilleure utilisation des latrines. Nous exploiterons les sources de l'autoefficacité chez la population pour un changement de comportement.

2.8. Obstacles lié à l'utilisation des latrines

Plusieurs facteurs que nous avons appelés obstacles sont à l'origine du mauvais comportement que les individus ont vis-à-vis des latrines (Water Aids ,2009) ces causes recensées dans la revue de la littérature sont classées comme suit : les obstacles techniques - les obstacles socio-culturels, les obstacles financiers, le cas du milieu scolaire, certains travaux ont montré que le sentiment d'autoefficacité favorise l'émergence de nouvelles idées, de nouvelles méthodes. (Paraskeva, Bouta, Papagiani, 2008). Pamuk et Peker, (2009) ont par leurs travaux montrés que le sentiment d'autoefficacité a un effet sur l'anxiété, la perception de l'utilité d'un objet et l'intention d'avoir un comportement précis. Sachant que les attitudes ont une influence directe sur l'intention qui est la base du comportement et que le sentiment d'autoefficacité a une influence sur les attitudes et l'intention ce sentiment pourrait donc être utile pour amener les gens à utiliser les latrines car le sentiment d'autoefficacité a un lien direct avec la motivation. Plus le sentiment d'autoefficacité est élevé, plus l'individu est motivé à avoir un comportement positif (Ngamaleu, 2017).

Dans notre étude, un sentiment d'autoefficacité élevé motiverait les individus à éviter la défécation en plein air et privilégierait l'utilisation des latrines. L'individu devient avec ce sentiment d'autoefficacité élevé un agent de la propreté et par ricochet, de la santé (Tezci, 2011). Changer de comportement suppose avoir de nouvelles habiletés et le sentiment d'autoefficacité est un puissant instrument pour évaluer les habiletés (Wu et Hwang,2015). Bandura (2007) comme nous l'avons déjà évoqué, Bandura (2007) dit de l'autoefficacité qu'elle est modifiable et éduicable sous l'influence de quatre sources en vue d'avoir des habiletés nouvelles. Ces sources sont : l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale, les états physiques et émotionnels. Proposer des programmes ou des stratégies en rapport avec les sources de l'autoefficacité, peut avoir un impact positif sur les croyances des individus et les amener à un changement de comportement vis à vis des latrines.

2.9. Apport des sources de l'autoefficacité dans le changement des comportements : Cas de l'utilisation des latrines :

La présence de la matière fécale et de l'urine dans les coins des rues, hors des latrines pose un véritable problème pour l'environnement et la santé des personnes (ONU INFO, 2020). Bien qu'étant conscient de cette situation, il est quasiment impossible de se déplacer dans les artères de la ville ou du quartier sans tomber sur un tas d'immondice sans qu'une odeur

fétide d'urine, ne vienne mettre à rude épreuve votre odorat. Ceci provenant de l'adoption par les populations, d'un comportement négatif de santé, obligeant ainsi à mener des réflexions sur une possible intervention afin d'amener les gens à un changement de comportement et l'adoption d'un comportement positif de santé quant à l'utilisation des latrines. Parler de 'caca' ou 'pipi' semble, de prime à bord, être un sujet de moindre importance, répugnant à la limite, honteux ou simplement tabou. Pourtant les conséquences que cela entraîne méritent véritablement qu'on s'y penche avec beaucoup de sérieux. La question qui pourrait guider notre réflexion serait celle de savoir pourquoi des individus choisissent de faire leurs besoins loin des endroits appropriés notamment, hors des latrines ?

La revue de la littérature à ce sujet nous a permis de relever un certain nombre d'obstacles qui, malheureusement, mène l'individu à ne pas utiliser les latrines (Water Aids ,2009). Ceci a poussé à nous interroger sur la possibilité d'amener les gens à changer de comportement en agissant sur cet objet de croyance qui, en l'occurrence, renvoie à tous les obstacles liés à l'utilisation des latrines afin de modifier cette croyance et aboutir à un changement de comportement.

2.9.1. Expérience active d'utilisation des latrines

L'expérience active consiste en la possibilité de vivre des situations où le comportement désiré est sollicité. Lorsque l'individu l'exécute avec succès cela favorise l'augmentation de son sentiment d'autoefficacité mais s'il ne réussit pas alors son sentiment d'autoefficacité baisse (Bandura, 1999). Cette source est donc très importante car elle permet à l'individu de s'exercer et au bout de comprendre que cela n'était pas inaccessible. Cette source est donc ce que l'individu est capable de faire de ses propres mains, ses propres capacités pour aboutir au succès (Mélançon, et al, 2013). Dans le cas de l'utilisation des latrines, la résolution ou non des obstacles liés à l'utilisation des latrines, entreprendre des expériences avec succès pour un cas qui, au départ était un obstacle amène l'individu à développer un sentiment d'autoefficacité élevé (Paraskeva, 2008). L'individu compare ses expériences nouvelles avec celles d'avant, cela augmente son sentiment d'autoefficacité lorsque l'expérience est réussie.

2.9.2. Expérience vicariante pour l'utilisation des latrines

Il s'agit d'apprendre et de développer des compétences nouvelles par modelage. Ce modèle donne soit un enseignement oral soit une observation du modèle en situation l'individu procède par observation du modèle dans l'action (Bandura, 2007). Ainsi, l'individu qui

observe le modèle, s'il constate que son modèle arrive à réaliser une tâche, il se croit capable en ce moment qu'il est capable lui aussi par contre si le modèle échoue il percevra que lui aussi ne peut pas être en mesure de réussir la tâche. (Van Dintner *et al*, 2011). Pour l'utilisation des latrines, à l'instar de Bandura (1997/2007) nous pensons que l'expérience vicariante est une source qui peut contribuer à amener l'individu à accroître son autoefficacité et changer son comportement. Cela suppose que des populations engagées dans une expérience vicariante, pour un changement de comportement dans le cas de l'utilisation des latrines par exemple, feront preuve d'une autoefficacité élevée vis-à-vis de la bonne utilisation de ces latrines (Wang et Ertmer 2003).

L'observation des pratiques d'assainissement captées sur les vidéos, et l'analyse des documents (par exemple ceux de l'ONU), peuvent s'avérer utiles pour amener les populations à revisiter leurs croyances vis-à-vis des latrines. Elle permet aussi d'avoir une attitude favorable quant à l'intention d'utiliser les latrines et, poser un comportement sain car ces expériences offrent un regard sur ce que les autres semblables à lui vivent dans leurs environnements. L'individu pourra donc faire des comparaisons et se sentir capable de produire un comportement plus que celui ou celle qui n'a pas eu ce type d'expérience (Sang *et al*, 2010). Pour que les modèles aient leur effet, il faut qu'ils soient appropriés, qu'ils soient compétents L'expérience vicariante rend l'individu plus confiant. (Ertmer, 2005).

2.9.3. Etats physiologiques et émotionnels pour l'utilisation des toilettes

Pour évaluer ses propres capacités à réaliser une tâche, les données transmises par les états physiologiques et émotionnels sont déterminantes. Ainsi, si la personne se sent bien en effectuant ou à l'idée d'effectuer une tâche, c'est qu'elle se croit en mesure de la réussir. A l'inverse, si le fait de réaliser l'action ou de l'envisager génère des malaises physiques ou émotionnels, elle se considérera comme inapte à réussir (Bandura,2007). Pour favoriser des états émotionnels positifs, l'intervenant a intérêt à être à l'écoute des populations surtout lors des expériences pratiques, de manière à intervenir dans les situations qui nécessitent un renforcement positif ou pour éviter qu'une difficulté ne perdure. Ceci permet à l'individu de constater qu'il n'est pas seul à avoir eu des difficultés et cela peut l'aider à développer des réflexes pour résoudre d'éventuels difficultés, partager avec les autres, contribue aussi à diminuer le stress et les états émotionnels et physiologiques déplaisants. À propos de l'utilisation des latrines, participer à l'expérience active et aux séances de discussion peut favoriser le développement des états physiologiques et émotionnels positifs de l'individu et l'amener à un changement de comportement (Magliaro *et al*,2012).

2.9.4. Persuasion verbale en vue du changement de comportement pour l'utilisation des latrines

Elle représente le fait de convaincre un individu qu'il est à même de réaliser une tâche donnée ou de le dissuader. Convaincre une personne améliore ses chances de produire un effort supplémentaire et de le maintenir. A l'inverse l'en dissuader augmente le risque qu'elle évite les situations qui représentent un défi et renonce rapidement face à une épreuve. (Bandura 1997). Magliaro et Ezeife (2007) révèlent que le milieu scolaire, la société et la famille sont des facteurs qui génèrent une influence sur l'individu. Les encouragements verbaux et les rétroactions positives reçues des pairs, la famille ou la société ont un effet positif sur les croyances d'autoefficacité. Pour l'utilisation des latrines, s'intéresser, féliciter l'individu sur les aptitudes acquises, lui montrer les changements qu'il a réalisés, l'encourager, sont des mécanismes qui peuvent renforcer la capacité de l'individu à maintenir le choix de faire ses besoins dans un lieu approprié.

Résumé

Dans ce chapitre, nous avons abordé l'apport de l'autoefficacité pour le développement des comportements de santé lié dans le cas de notre étude, à la matière fécale. Le schéma de l'évolution de notre travail fait dans un premier temps la présentation du concept d'autoefficacité où nous avons tour à tour, parlé de l'origine, les sources, les théories qui l'on influencée, son importance, les facteurs qui l'influencent. A la suite de ce concept, nous avons abordé celui du comportement de santé, où nous avons présenté les notions de comportement et comportement de santé, relevé les déterminants du comportement de santé, quelques théories explicatives du comportement et enfin les facteurs qui sont en amont de l'adoption d'un comportement. Le chapitre se termine par la présentation de la contribution du sentiment d'autoefficacité pour le changement de comportement. Il a été question de présenter des écrits ayant parlé de l'utilisation des sources du sentiment d'autoefficacité pour agir sur le comportement afin d'amener l'individu vers un comportement souhaité qui, est dans le cadre de notre étude, celui d'éviter que la matière fécale ne traîne pas à l'air libre.

DEUXIEME PARTIE :
Cadre méthodologique et empirique de l'étude

Chapitre 3 :
Méthodologie de la recherche

Après une première partie qui a consisté à développer les variables de notre étude à la lumière des écrits des auteurs ayant abordé ces nations avant nous, nous sommes rendus à la deuxième partie de notre travail où il sera question de présenter notre démarche, il s'agit précisément de présenter le lieu de l'étude, les participants, la méthode utilisée, les variables, la technique de collecte des données, l'instrument utilisé pour la récolte des données la procédure expérimentale et la technique d'analyse des résultats. En bref c'est la partie consacrée à la méthodologie.

3.1. Rappel de la problématique de l'étude.

Le problème de notre étude est celui de l'absence du sentiment d'auto efficacité, ce qui entraîne une mauvaise gestion des risques de santé liés à la matière fécale. de la gestion des risques liés à la matière fécale. Nos rues sont nauséabondes due à la présence de la matière fécale et de l'urine à même le sol cela n'est pas sans conséquence pour l'environnement et les personnes. Ayant abordé ce problème en tant que psychologue, nous avons décelé ici un problème de comportement chez les populations, que nous pointons du doigt qu'elle manque d'autoefficacité pour la gestion de ce risque. Notre étude porte sur la gestion de risques liés à cette matière fécale qui traîne, à travers la mise en œuvre de l'autoefficacité. Pour cela, nous avons formulé la question de recherche selon laquelle le sentiment d'autoefficacité influence-t-il la gestion de risques liés à la matière fécale ? À cette question nous avons émis l'hypothèse selon laquelle le sentiment d'autoefficacité a une influence sur la gestion de risques liés à la matière fécale. L'objectif général du travail est donc de vérifier l'impact de l'autoefficacité sur la gestion de risque liée à la matière fécale. Il s'agit ici de vérifier la capacité des individus à faire preuve d'autoefficacité pour gérer les risques de santé dû à la matière fécale, en adoptant des comportements qui les empêchent de laisser traîner dans la nature, la matière fécale.

3.2. Type de recherche

La recherche est l'ensemble des méthodes appliquées pour comprendre un problème en profondeur et générer de nouvelles connaissances et les appliquer dans un domaine précis. Elle se fonde sur le postulat selon lequel tout effet ou observation a une cause. Nous nous basons sur ce postulat pour émettre un questionnement de départ, qui nous conduit à une formulation d'hypothèses, ensuite collecter des informations, convoquer des théories qui nous permettrons de vérifier ces hypothèses. Selon l'objectif des études, différents types de

recherche peuvent être utilisés dans le cadre de notre étude mais nous avons opté pour une recherche de type explicatif.

Ce type de recherche permet d'établir des relations de cause à effet et facilite la généralisation à des réalités similaires. Elle permet de vérifier l'impact d'une variable sur une autre. Dans notre travail il s'agit de vérifier l'impact de l'autoefficacité sur la gestion des risques liés à la matière fécale. Autrement dit ce type de recherche nous permet de voir comment une autoefficacité élevée peut être une solution alternative dans la gestion des risques qui peuvent survenir des matières fécales qui traînent dans la nature. Elle explique comment l'autoefficacité peut être développée, et amener l'individu à adopter des comportements de santé et l'adoption des pratiques hygiéniques notamment la recherche des toilettes – si possible- où alors faire des choix sur les comportements qui lui évite de faire ses besoins dans la nature. Notre protocole de recherche est basé sur l'exploitation des données recueillies d'un questionnaire élaboré à partir des sources de l'autoefficacité pour vérifier la motivation ou alors l'intention des individus à développer leur autoefficacité et établir par la même occasion l'effet de cette dernière sur la gestion des risques lié à la matière fécale.

3.3. Site et population de recherche

Pour mener notre étude nous avons choisi comme site et populations, les habitants de la commune de Yaoundé II. Cet arrondissement est l'un des sept que compte la ville de Yaoundé la capitale du Cameroun. Il s'étend sur une superficie de 15 Km², il est limité au Nord par et au Nord-ouest par l'arrondissement de Yaoundé I au Sud par l'arrondissement de Yaoundé 6 au Sud-Ouest et au Sud-Est par l'arrondissement de Yaoundé VII et enfin à l'Est par l'arrondissement de Yaoundé III. Cette commune a une population cosmopolite évaluée à 238927 habitants qui vivent dans les 18 quartiers que compte ladite commune. C'est une commune qui vit la laïcité prônée par la constitution du pays car se côtoient dans la paix les chrétiens, musulmans ...sa mairie est situé au quartier Tsinga.

3.4. Echantillon de l'étude

nous avons travaillé avec un échantillon de 320 individus dont 159 hommes et 161 femmes de la commune de Yaoundé II vivants dans des quartiers caractérisés par un fort taux de pauvreté, 40% de la population vit sous le seuil de la pauvreté, le taux de scolarisation surtout de la jeune fille est bas, les constructions sont anarchiques et vieilles pour la plupart, les

toilettes sont artisanales, à ciel ouvert parfois inexistantes ou pleine, dans plusieurs des 18 quartiers de cette commune, conséquence la matière fécale et l'urine traînent partout contraignant les populations de certains coins de ces quartiers à vivre dans une atmosphère pestilentielle ce qui n'est pas sans conséquences..

3.5. Plan d'échantillonnage

Pour constituer notre échantillon, nous avons convoqué la méthode d'échantillonnage non probabiliste. Cette dernière stipule que la distribution des caractéristiques au sein d'une population est égale. La technique d'échantillonnage aléatoire simple qui consiste à sélectionner au sein d'une population un groupe d'individus, de telle sorte que chaque membre de la population ait une chance de figurer dans l'échantillon est celle que nous avons utilisée, ce type d'échantillonnage serait approprié pour les études descriptives. Son utilisation prend peu de temps et est économique et pratique elle nous a conduit à l'obtention d'un échantillon de 320 participants dont 161 femmes et 159 hommes, vivant dans les quartiers de la commune de yaoundé² et dont le niveau d'étude oscille entre le primaire et le secondaire et plus, ayant oui ou non des latrines modernes dans leurs domiciles et leurs lieux de service.

3.6. Instrument de collecte des données

Nous avons choisi de faire une recherche quantitative, ce qui nous permettra d'analyser les comportements des individus et de déduire des conclusions statistiquement mesurables. Nous avons réalisé une enquête à partir d'un questionnaire, sachant que le questionnaire est l'instrument de base de collecte des données quantitatives. Cet instrument nous a permis de vérifier si les individus font preuve d'autoefficacité au quotidien, pour empêcher la matière fécale de traîner, faire preuve d'autoefficacité ici ,revient à ce que nous qualifions dans notre étude, de gestion de risque. Le questionnaire, est constitué d'une échelle de plusieurs items qui mesurent les sources de l'autoefficacité et la gestion de risque, avec l'échelle de Likert dont les modalités de réponse varient pour l'autoefficacité de 1= pas du tout d'accord à 5= tout à fait d'accord et pour la gestion de risque de 1= risque très élevé à 5= aucun risque. C'est un questionnaire à choix multiples qui permet de recueillir des réponses précises et pertinentes. Il nous permettra de vérifier les hypothèses de la recherche.

3.7. Caractéristiques de l'échantillon

L'enquête a porté sur un effectif de 320 participants soit 161 femmes qui représentent un pourcentage de 50,32% et 159 hommes qui représentent un pourcentage de 49,68% ils sont tous habitants de l'un des 18 quartiers de la commune de Yaoundé 2. 150 d'entre eux ont un niveau d'étude primaire soit un pourcentage de 46,88% et 170 ont un niveau d'étude secondaire et plus soit un pourcentage de de 53,12%. Par rapport à l'item " présence des latrines modernes chez vous" ,80 ont répondu par oui soit un pourcentage de 25 % et 240 ont répondu par non soit un pourcentage de 75 % A l'item "vous arrive-t-il d'uriner dans la nature ?" 315 Participants ont répondu par oui soit un pourcentage de 98,43% et 5 participants ont répondu par non pour un pourcentage de 1,56%. A l'item " présence des latrines dans les lieux de service " seuls 10 participants ont répondu par non soit un pourcentage de de 3,12% contre 310 participants qui ont répondu par oui pour un pourcentage de 96,88%.

Tableau 1: Caractéristiques sociaux démographiques.

Variables	Effectifs	Pourcentage
Sexe		
Masculin	159	49,68
Féminin	161	50 ,32
TOTAL	320	100
Niveau d'étude		
Primaire	150	46 ,88
Secondaire et plus	170	53,12
TOTAL	320	100
Présence de latrines modernes		
Oui	80	25
Non	240	75
TOTAL	320	100
Présence des latrines dans le lieu de service		
Oui	310	96,88

Non	10	03,12
Total	320	100
Uriner en pleine nature		
Oui	315	98,43
Non	05	01,56
TOTAL	320	100

Tableau 2: Distribution de l'échantillon en genre, fréquence et pourcentage.

Tabl	Genre		
		Fréquence	Pourcentage
Valide	Masculin	159	49,7
	Féminin	161	50,3
	Total	320	100,0

Tableau 3: Repartitions de l'échantillon selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude			
		Fréquence	Pourcentage
Valide	Primaire	98	30,6
	Secondaire	222	69,4
	Total	320	100,0

Tableau 4 : Repartitions de l'échantillon selon la présence des latrines modernes

Présence d'une latrine modern			
		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	80	25,0
	Non	240	75,0
	Total	320	100,0

Tableau 5: repartition de l'échantillon selon la présence des toilettes au lieu de service

Y'a-t-il des latrines dans ton lieu de service			
		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	282	88,1
	Non	38	11,9
	Total	320	100,0

Tableau 6: T'arrive-t-il d'uriner dans la nature ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	282	88,1
	Non	38	11,9
	Total	320	100,0

3.3. Matériel et procédure

Le matériel renvoi ici à l'outil utilisé pour collecter les données, la procédure quant à elle explique les différentes étapes par les quelles cette collecte de données s'est faite.

Pour cette étude, nous avons fait intervenir une variable indépendante et une variable dépendante.

VI= sentiment d'autoefficacité

VD= gestion de risque de santé liés à la matière fécale.

3.3.1. Matériel

Nous avons choisi de faire une enquête comme précisé plus haut, pour la collecte des données, l'outil que nous avons utilisé c'est le questionnaire. Il est important de signaler que la collecte de données s'est faite en deux phases à savoir une phase de pré-enquête et la phase de l'enquête proprement dite. Pour ces deux phases, nous avons utilisé le même outil à savoir le questionnaire la différence entre les deux se situant uniquement au nombre de personnes interrogées à savoir 30 pour la pré-enquête et 320 pour l'enquête. Calqué sur le modèle de l'échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnel développé par Jérusalem et Ralf Schwarzer en 1981.

Nous avons dressé un questionnaire pour mesurer quatre dimensions des sources de l'autoefficacité à savoir l'expérience active(EA) qui comporte 12 items qui mesurent tous la capacité de l'individu à faire des choix d'activité qui l'empêche de faire ses besoins dans la nature. L'expérience vicariante (EV) qui comporte 13 items qui mesurent la capacité de l'individu à imiter des modèles qui ne font pas leur besoin dans la nature. La persuasion (P) qui comporte 6 items qui mesurent la capacité de l'individu à changer de comportement grâce aux encouragements des autres. Les états physiologiques et émotionnels (EPE) qui comportent 11 items qui évaluent la capacité de l'individu à se baser sur l'information transmise par son corps pour adopter un comportement sain. La gestion du risque (GR) qui à 10 items qui mesurent à quel point les gens s'estiment exposés aux risques. Les modalités de réponse qui sont celles de l'échelle de Likert, varient pour l'autoefficacité de 1= pas du tout d'accord à 5= tout à fait d'accord et pour la gestion de risque de 1=risque très élevé à 5= aucun risque ce questionnaire était sous deux formes un questionnaire physique et un questionnaire en ligne.

3.3. Procédure

L'enquête s'est faite auprès des populations de Yaoundé 2 en deux phases à savoir la phase de la pré-enquête et la phase de l'enquête proprement dite.

3.3.1. La pré-enquête

Elle s'est déroulée du 19 au 21 juin 2021 auprès de 30 participants à savoir 15 femmes et 15 hommes, abordés dans les quartiers de Yaoundé 2. Nous avons passé le questionnaire à quelques personnes qui ont fait des critiques au niveau de la compréhension de quelques questions, après correction nous avons passé ce questionnaire à 30 hommes et femmes. L'analyse de ces données nous a permis de faire des calculs et avoir un résultat de l'alpha de Cronbach de 0,78 qui est un score satisfaisant qui traduit une cohérence entre les items. L'outil ainsi validé nous sommes passé directement à l'enquête.

3.3.2. L'enquête

Elle s'est déroulée du 26 juin au 9 juillet 2021, avec comme outil de collecte de données le questionnaire revu et corrigé après la phase de pré-enquête, dans les quartiers de Yaoundé 2 auprès de 161 femmes et 159 hommes que nous abordions en présentiel dans les bars , les agences de voyage, des stationnements de moto, dans les marchés, à la sortie des églises , dans les stades de foot...et en ligne à travers le questionnaire en ligne sur Google form, où

nous avons eu 60 réponses avec 12 réponses qui étaient incomplètes donc nous avons considéré 48 réponses en ligne.

Analyse des données

L'analyse des données va consister à mettre en relation, les variables et comparer les résultats obtenus avec ceux qu'on a prévu au moment de la formulation des hypothèses. Nous avons croisé nos variables deux à deux et présentés dans un tableau nous avons liés une modalité de la variable indépendante à la variable dépendante. En somme, il s'agit dans cette section de présenter les grandes lignes des différentes étapes qui nous ont permis de vérifier nos quatre hypothèses de recherche. En partant d'une analyse descriptive, à l'analyse inférentielle. L'analyse des données s'est faite à travers le logiciel SPSS deux tests ont été utilisés à savoir le test t d'échantillon unique et le test de corrélation de Bravais Pearson.

Analyse descriptive

Selon Ducellier (2016), l'analyse descriptive est une étape préliminaire du traitement des données qui consiste à synthétiser des données historiques pour en tirer des informations utiles en vue d'une analyse complémentaire. Dans notre étude, nous avons détaillé nos données dans des tableaux commentés. Ces tableaux donnent les précisions sur chaque item de notre questionnaire.

Analyse inférentielle

C'est une étape importante de notre recherche. En effet, c'est l'étape qui nous permet de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche. Nous nous servons des tests pour établir la corrélation entre la variable indépendante et la variable dépendante. Le test t d'échantillon unique et le test de corrélation sont ceux que nous avons choisis.

Le test t d'échantillon unique est un test utilisé dans le but de comparer une moyenne observée à une moyenne théorique. La valeur alpha critique correspondant au risque est de 0,05 pour un degré de liberté $n-1$. Si la valeur théorique t est supérieure à la valeur observée, alors la différence est significative, dans le cas contraire, elle ne l'est pas.

Le test de corrélation quant à lui, permet d'établir la relation entre deux ou plusieurs variables. Elle permet de déterminer l'absence ou la présence d'une relation linéaire significative dont le coefficient de corrélation varie entre -1 et +1, à 0, elle reflète une relation nulle entre les variables. L'interprétation du coefficient de corrélation se base sur un seuil critique inférieur à p 0,05 et sur le sens et la force de cette relation. La relation peut être

positive lorsqu'elle tend vers 1, négative lorsqu'elle tend vers -1, et nulle lorsqu'elle est égale à 0. La force peut être faible autour de 0,10, moyenne autour de 0,30 ou forte autour de 0,50.

Chapitre 4 : Présentation des résultats et discussion

r

Le chapitre précédant nous a permis de présenter le matériel de collecte de données ainsi que la procédure de passation des outils avec Google Forms et en présentiel avec un questionnaire imprimé sur du papier en présentiel, puis nous avons présenté les outils ayant servi à l'analyse des données dont le r de Bravais Pearson utilisé pour établir le lien entre les variables dans la suite nous ferons dont nous présenterons les résultats obtenus et les conclusions qui découlent de ces résultats.

4.1. Présentation et analyse des résultats

Dans le cadre de notre étude, nous avons procédé au calcul des scores de différentes dimensions de l'autoefficacité puis de la gestion du risque, et le regroupement de ces scores nous a permis d'appliquer le coefficient de corrélation à ces variables afin d'établir un lien entre elles la suite consiste à la présentation effective de ces résultats items par items puis les calculs.

4.1.1. L'autoefficacité

Les résultats sur l'autoefficacité que nous présentons dans cette section sont issus des items montés à partir des sources de l'autoefficacité présentées dans la revue de la littérature, nous avons administré un questionnaire qui mesurent l'expérience active, l'expérience vicariante, la persuasion, les états émotionnels et physiologiques,

4.1.1.1. Expérience active.

Tableau 7: EAI : je retiens toujours mes besoins jusqu'à ce que je trouve les toilettes /___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	115	35,9
	En désaccord	84	26,3
	Neutre	30	9,4
	D'accord	53	16,6
	Tout à fait d'accord	38	11,9
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 115 participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30

participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres, 53 participants pour un pourcentage de 16,6% sont d'accord, 38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 35,9% de participants ne retiennent pas leurs besoins jusqu'à ce qu'ils trouvent les toilettes

A cette proposition de l'item 2, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 158 participants pour un pourcentage de 49,4% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite, 30 participants pour un pourcentage de 9,4% sont en désaccord ; 48 participants pour un pourcentage de 15 % sont neutres, 42 participants pour un pourcentage de 13,1% sont d'accord, 42 participants pour un pourcentage de 13,1 % sont tout à fait d'accord. De 49,4% de participants pas du tout d'accord avec la proposition faite. Cela signifie que 13,1% de participants demandent les toilettes pour faire leur besoin

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	158	49,4
	En désaccord	30	9,4
	Neutre	48	15,0
	D'accord	42	13,1
	Tout à fait d'accord	42	13,1
	Total	320	100,0

Tableau 8: EA2 : Je demande toujours les toilettes d'une institution/_____/

Tableau 9; EA3 : je prévois toujours de l'argent pour les toilettes au cas où/_____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	185	57,8
	En désaccord	38	11,9
	Neutre	39	12,2
	D'accord	34	10,6
	Tout à fait d'accord	24	7,5
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 3, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 185 participants pour un pourcentage de 57,7% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 38 participants pour un pourcentage de 11,9% sont en désaccord ; 39 participants pour

un pourcentage de 12,2 % sont neutres, 34 participants pour un pourcentage de 10,6% sont d'accord, 24 participants pour un pourcentage de 7,5 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que seuls 18,1 % de participants prévoient de l'argent pour les toilettes publiques.

Tableau 10: EA4 : il m'arrive d'uriner dans un bocal que je vide dans une toilette dès que possible/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	193	60,3
	En désaccord	58	18,1
	Neutre	25	7,8
	D'accord	38	11,9
	Tout à fait d'accord	6	1,9
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 4, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 193 participants pour un pourcentage de 60,03% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 58 participants pour un pourcentage de 18,1 sont en désaccord ; 25 participants pour un pourcentage de 7,8 % sont neutres, 38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont d'accord, 6 participants pour un pourcentage de 1,9 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que seuls 13,8% de participants peuvent prévoir un bocal pour leurs besoins.

Tableau 11: EA5 : j'évite de boire et de manger trop liquide quand je vais sortir/____/

		Fréquence	Pourcentage
	Pas du tout d'accord	146	45,6
	En désaccord	81	25,3
	Neutre	28	8,8
	D'accord	55	17,2
	Tout à fait d'accord	10	3,1
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 5, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 146 participants pour un pourcentage de 45,8% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 81 participants pour un pourcentage de 25,3% sont en désaccord ; 27 participants pour

un pourcentage de 8,4 % sont neutres, 55 participants pour un pourcentage de 17,2% sont d'accord 10 participants pour un pourcentage de 3,1 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie seuls 20,3% de participants évitent de boire ou trop liquide quand ils ont une sortie

Tableau 12: EA6 même quand je suis seul je ne fais jamais mes besoins dans la nature/ _____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	128	40,0
	SEn désaccord	67	20,9
	Neutre	34	10,6
	D'accord	52	16,3
	Tout à fait d'accord	39	12,2
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 6, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 128 participants pour un pourcentage de 39,8% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 67 participants pour un pourcentage de 21,0 sont en désaccord ; 34 participants pour un pourcentage de 10,7 % sont neutres, 52 participants pour un pourcentage de 16,6% sont d'accord , 39 participants pour un pourcentage de 12,2 % sont tout à fait d'accord. Seuls 38,5% de participants sont capables d'éviter de faire leur besoin dans la nature même quand ils sont seuls.

Tableau 13: EA7 même si l'endroit est sale isolé je ne fais jamais mes besoins s'il n'y'a pas de toilettes/ _____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	136	42,5
	En désaccord	63	19,7
	Neutre	23	7,2
	D'accord	67	20,9
	Tout à fait d'accord	31	9,7
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 7, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 136 participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 63 participants pour un pourcentage de 19,7% sont en désaccord ;23 participants pour un A cette proposition de l'item 7, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 136 participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 63 participants pour un pourcentage de 19,7% sont en désaccord ;23 participants pour un pourcentage de 7,2 % sont neutres, 67 participants pour un pourcentage de 20,9 % sont d'accord ,31 participants pour un pourcentage de 9,7 % sont tout à fait d'accord. Seuls 30,6% de participants sont capables de ne jamais faire leur besoin dans la nature même si l'endroit est sale.

Tableau 14: EA8 mes pauses pipi ne doivent se faire que dans un endroit où les toilettes sont disponibles/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	126	39,4
	En désaccord	82	25,6
	Neutre	30	9,4
	D'accord	74	23,1
	Tout à fait d'accord	8	2,5
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 8, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 126 participants pour un pourcentage de 39,5% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 82 participants pour un pourcentage de 25,7 sont en désaccord; 29 participants pour un pourcentage de 9,1 % sont neutres, 74 participants pour un pourcentage de 23,2% sont d'accord, 8 participants pour un pourcentage de 2,5 % sont tout à fait d'accord. Seuls 25,6% de participants font leurs pauses pipi dans les endroits où il y'a des toilettes.

Tableau 15: EA9 je ne me détends que dans les lieux ayant des toilettes /____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	141	44,1
	En désaccord	65	20,3
	Neutre	51	15,9
	D'accord	55	17,2
	Tout à fait d'accord	8	2,5
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 9, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 141 participants pour un pourcentage de 44,1% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 65 participants pour un pourcentage de 20,3% sont en désaccord ;51 participants pour un pourcentage de 15,9 % sont neutres,55 participants pour un pourcentage de17,2% sont d'accord ,8 participants pour un pourcentage de 2,5 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que seuls 19,7% de participants ne se détendent que dans les lieux ayant les toilettes.

Tableau 16: EA10 je préfère faire mes besoins dans la nature que de chercher les toilettes communes/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	91	28,4
	En désaccord	32	10,0
	Neutre	34	10,6
	D'accord	139	43,4
	Tout à fait d'accord	24	7,5
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 10, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 139 participants pour un pourcentage de 43,4% sont d'accord de la proposition faite 91 participants pour un pourcentage de 28,4 ne sont pas du tout d'accord 32 participants pour un pourcentage de 10 % sont en désaccord34 participants pour un pourcentage de10,6% sont

neutres, 20 participants pour un pourcentage de 7,5 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 50,9% préfèrent faire leurs besoins dans la nature.

Tableau 17: EA 11 j'ai souvent uriné à des endroits où il est interdit de le faire/ ___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	65	20,3
	En désaccord	36	11,3
	Neutre	40	12,5
	D'accord	114	35,6
	Tout à fait d'accord	65	20,3
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 11, sur un total de 320 participants, 65 participants pour un pourcentage de 20,3 % ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 36 participants pour un pourcentage de 11,3 sont en désaccord ;40 participants pour un pourcentage de 12,5 % sont neutres,114 participants pour un pourcentage de 35,6% sont d'accord ,65 participants pour un pourcentage de 20,3 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 55,9% de participants ont souvent uriné dans les endroits où il était interdit de le faire.

Tableau 18: EA12 une fois les besoins faits on n'a pas envie de trainer dans les toilettes/_____

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	24	7,5
	En désaccord	5	1,6
	Neutre	20	6,3
	D'accord	148	46,3
	Tout à fait d'accord	123	38,4
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 12, sur un total de 320 participants, 24 participants pour un pourcentage de 7,5% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 5 participants pour un pourcentage de 1,6 sont en désaccord ;20 participants pour un pourcentage de 6,3 % sont

neutres, 148 participants pour un pourcentage de 46,3% sont d'accord, 123 participants pour un pourcentage de 38,4 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 84,7% de participants ne peuvent pas trainer dans les toilettes après fait leurs besoins.

Tableau 19: Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Expériences actives	320	2,4922	,64623	,03613

Tableau 20: Test sur échantillon unique

Valeur de test = 3						
	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différenc e moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur Supérieur	
Expériences actives	-14,057	319	,000	-,50781	-,5789	-,4367

Les tableaux 19,20, montrent une moyenne de 2,4922 de l'échantillon de l'expérience active avec pour écart type de 0,64624, Cette valeur est statistiquement inférieure à la valeur de référence du test à savoir $t = 3$ avec une différence de -0,50781, $P 0,000 < 0,05$. On peut alors dire que les participants se croient incapables d'avoir une expérience active dans la recherche des toilettes

4.1.1.2. Expériences vicariantes

L'expérience vicariante renvoi à l'observation des conséquences positives ou négatives du comportement demandé chez l'autre que l'on considère comme un modèle vivant (réel)

Tableau 21: EV1 quand les gens avec qui je suis urine dans la nature, je fais comme eux/_____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	109	34,1
	En désaccord	68	21,3
	Neutre	71	22,2
	D'accord	53	16,6
	Tout à fait d'accord	19	5,9
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 109 participants pour un pourcentage de 34,1% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 68 participants pour un pourcentage de 21,3 % sont en désaccord ;71 participants pour un pourcentage 22,2% sont neutres,53 participants pour un pourcentage de16,6% sont d'accord, 19 participants pour un pourcentage de 5,9 % sont tout à fait d'accord .cela signifie que 55,4% de participants n'urine pas dans la nature quand ils voient les gens avec qui ils sont le faire.

Tableau 22: EV2 mes parents ne font pas leurs besoins hors des toilettes/_____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	54	16,9
	En désaccord	54	16,9
	Neutre	95	29,7
	D'accord	95	29,7
	Tout à fait d'accord	22	6,9
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 2, sur un total de 320 participants, de 54 participants pour un pourcentage de 16,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 54

participants pour un pourcentage de 16,9 sont en désaccord ; 95 participants pour un pourcentage de 29,7 % sont neutres, 95 participants pour un pourcentage de 27,9% sont d'accord ,22 participants pour un pourcentage de 6,9 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 36,6% de participants font comme leurs parents qui n'urinent pas hors des toilettes.

Tableau 23: EV3 je fais la honte de mes proches chaque fois que j'urine hors des toilettes/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	52	16,3
	En désaccord	91	28,4
	Neutre	39	12,2
	D'accord	123	38,4
	Tout à fait d'accord	15	4,7
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 3, sur un total de 320 participants, 54 participants pour un pourcentage de 16,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 54 participants pour un pourcentage de 16,9 sont en désaccord ; 95 participants pour un pourcentage de 29,7 % sont neutres, 95 participants pour un pourcentage de 29,7% sont d'accord ,22 participants pour un pourcentage de 6,9 % sont tout à fait d'accord 36,6% de participants estiment faire la honte de leurs proches quand ils urinent hors des toilettes

Tableau 24: EV4 dans certains pays on ne le fait plus j'imité/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	36	11,3
	En désaccord	90	28,1
	Neutre	76	23,8
	D'accord	105	32,8
	Tout à fait d'accord	13	4,1
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item4 , sur un total de 320 participants, 36 participants pour un pourcentage de 11,3% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 90 participants pour un pourcentage de 28,1% sont en désaccord ; 76 participants pour un pourcentage de

23,8 % sont neutres, 105 participants pour un pourcentage de 32,8% sont d'accord ,13 participants pour un pourcentage de 4,1 % sont tout à fait d'accord ;cela signifie que seuls 36,9% des participants sont capables d'imiter ce qui se fait dans d'autres pays.

Tableau 25: EV5 les gens que j'admire ne font pas leurs besoins hors des toilettes/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	41	12,8
	En désaccord	60	18,8
	Neutre	124	38,8
	D'accord	85	26,6
	Tout à fait d'accord	10	3,1
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 5, sur un total de 320 participants, participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres,53 participants pour un pourcentage de16,6% sont d'accord ,38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie 29,7% de participants, les gens qu'ils admirent ne font pas leurs besoins hors des toilettes

Tableau 26: EV6 je sors avec les personnes qui exigent les toilettes/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	34	10,6
	En désaccord	50	15,6
	Neutre	123	38,4
	D'accord	100	31,3
	Tout à fait d'accord	13	4,1
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 6, sur un total de 320 participants,34 participants pour un pourcentage de 10,6,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 50 participants pour un pourcentage de 15,6 sont en désaccord 123 participants pour un pourcentage de 38,4 % sont neutres, 100 participants pour un pourcentage de16,6% sont

d'accord ,38 participants pour un pourcentage de 31,3 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 35,4% de participants sortent avec des personnes qui exigent les toilettes.

Tableau 27: EV7 les personnes qui me sont chères me disent de ne pas faire mes besoins dans la nature/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	42	13,1
	En désaccord	74	23,1
	Neutre	41	12,8
	D'accord	143	44,7
	Tout à fait d'accord	20	6,3
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 7, sur un total de 320 42 participants pour un pourcentage de 13,1% sont pas du tout d'accord de la proposition faite 74 participants pour un pourcentage de 23,1% sont en désaccord 41 participants pour un pourcentage de 12,8% sont neutres,143 participants pour un pourcentage de 44,7% sont d'accord, 20 participants pour un pourcentage de 6,3 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 51% reconnaissent que les personnes qui leurs sont chères disent de ne pas uriner dans la nature.

Tableau 28: EV8 les toilettes publiques sont mal entretenues, pas du tout encourageant/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	81	25,3
	En désaccord	91	28,4
	Neutre	26	8,1
	D'accord	105	32,8
	Tout à fait d'accord	17	5,3
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 8, sur un total de 320 participants,89 participants pour un pourcentage de 25,3% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 91 participants pour un pourcentage de 28,4% sont en désaccord ;26 participants pour un pourcentage de 8,1 % sont neutres,105 participants pour un pourcentage de32,8 % sont

d'accord, 17 participants pour un pourcentage de 5,3 % sont tout à fait d'accord 38,1% de participants pensent que les toilettes sont mal entretenues.

Tableau 29: EV9 chaque jour je vois les gens uriner dans la rue je le fais aussi

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	147	45,9
	En désaccord	83	25,9
	Neutre	34	10,6
	D'accord	42	13,1
	Tout à fait d'accord	14	4,4
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 9, sur un total de 320 participants, 147 participants pour un pourcentage de 45,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 83 participants pour un pourcentage de 25,9 sont en désaccord ; 42 participants pour un pourcentage de 13,1 % sont neutres, 14 participants pour un pourcentage de 4,4% sont d'accord, participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 17,5% de participants urinent dans la rue par imitation

Tableau 30: EV10 je ne pense jamais à aller dans les toilettes publiques / ___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	109	34,1
	En désaccord	54	16,9
	Neutre	51	15,9
	D'accord	85	26,6
	Tout à fait d'accord	21	6,6
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 10, sur un total de 320 participants, 109 participants pour un pourcentage de 34,1% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 54 participants pour un pourcentage de 16,9 sont en désaccord ; 51 participants pour un pourcentage de 15,9 % sont neutres, 85 participants pour un pourcentage de 26,6% sont d'accord , 21 participants

pour un pourcentage de 6,6 % sont tout à fait d'accord cela signifie que 33,2% de participants ne pensent jamais à aller dans les toilettes publiques.

Tableau 31: EV11 je suis souvent en compagnie des amis qui s'arrêtent pour uriner partout/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	74	23,1
	En désaccord	15	4,7
	Neutre	38	11,9
	D'accord	155	48,4
	Tout à fait d'accord	38	11,9
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 11, sur un total de 320 participants, 74 participants pour un pourcentage de 23,1% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 15 participants pour un pourcentage de 4,7 sont en désaccord ; 38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont neutres, 155 participants pour un pourcentage de 48,4% sont d'accord, 38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 60,3% de participants souvent en compagnie des gens qui s'arrêtent pour uriner dès la nature

Tableau 32: EV12 j'ai souvent été en compagnie des amis qui s'arrêtent pour uriner à des endroits interdits/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	71	22,2
	En désaccord	44	13,8
	Neutre	57	17,8
	D'accord	93	29,1
	Tout à fait d'accord	55	17,2
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 12, sur un total de 320 participants, 71 participants pour un pourcentage de 22,2% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 44 participants pour un pourcentage de 13,8 sont en désaccord 57 participants pour un pourcentage de 17,8

% sont neutres, 92 participants pour un pourcentage de 28,8% sont d'accord, 55 participants pour un pourcentage de 17,2% sont tout à fait d'accord. Cela signifie que 45% de participants sont souvent en compagnie des personnes qui urinent dans les endroits interdits.

Tableau 33: EV13 à la pause pipi, tous les passagers d'un bus trouvent naturel de se soulager dans la nature/___/

A cette proposition de l'item 13, sur un total de 320 participants, 49 participants pour un pourcentage de 15,3% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 47 participants

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	49	15,3
	En désaccord	47	14,7
	Neutre	59	18,4
	D'accord	138	43,1
	Tout à fait d'accord	27	8,4
	Total	320	100,0

pour un pourcentage de 14,7% sont en désaccord ; 59 participants pour un pourcentage de 18,4% sont neutres, 138 participants pour un pourcentage de 43,1% sont d'accord, 26 participants pour un pourcentage de 8,1% sont tout à fait d'accord. 51,2% de participants trouvent naturel que les passagers se soulagent dans la nature à la pause pipi.

Tableau 34: Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Expérience vicariante	320	2,8248	,41552	,02323

Tableau 35: Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 3				
	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur Supérieur
Expérience vicariante	-7,544	319	,000	-,17524	-,2209 -,1295

Les tableaux 33,34 montrent une moyenne de 2,8248 de l'échantillon de l'expérience vicariante avec pour écart type de 0,41552, Cette valeur est statistiquement inférieure à la valeur de référence du test à savoir $t=3$ avec une différence de $-0,17524$ $p=0,000 < 0,05$. On peut de ce fait dire que les participants se sentent incapable de changer de comportement à partir de l'expérience vicariante de faire preuve d'expériences vicariantes

4.1.1.3. La persuasion verbale

Elle renvoie aux suggestions, avertissements, conseils, interrogations et aux suggestions qui peuvent amener les participants vers la croyance qu'ils possèdent le potentiel pour effectuer avec succès un comportement

Tableau 36: P1 je ne le fait pas si on me persuade qu'uriner dans la nature est mauvais/____/

P1 je ne le fait pas si on me persuade qu'uriner dans la nature est mauvais/____/		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	77	24,1
	En désaccord	43	13,4
	Neutre	41	12,8
	D'accord	138	43,1
	Tout à fait d'accord	21	6,6
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 13, sur un total de 320 participants, 77 participants pour un pourcentage de 24,1% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite4 » participants pour un pourcentage de 14,7 sont en désaccord ;59 participants pour un pourcentage de13 ,4 % sont neutres, 138 participants pour un pourcentage de43,1% sont d'accord , 21 participants pour un pourcentage de 6,6 % sont tout à fait d'accord on peut de ce fait dire que 49,7% de participants sont prêts à ne pas uriner dans la nature si on les persuade.

Tableau 37: P2 j'écoute les messages qui vont me dissuader/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	66	20,6
	En désaccord	53	16,6
	Neutre	52	16,3
	D'accord	123	38,4
	Tout à fait d'accord	26	8,1
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 13, sur un total de 320 participants, 66 participants pour un pourcentage de 20,6% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite53 participants pour un pourcentage de 16,6 %sont en désaccord ;52 participants pour un pourcentage de16 ,3 % sont neutres, 123 participants pour un pourcentage de38,4% sont d'accord, 26 participants pour un pourcentage de 8,1 % sont tout à fait d'accord. On peut de ce fait dire que 46,5% de participants écoutent les messages qui vont dissuader

Tableau 38: P3 je n'urine pas où il y'a une plaque d'interdiction même si personne ne me voit/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	197	61,6
	En désaccord	51	15,9
	Neutre	30	9,4
	D'accord	37	11,6
	Tout à fait d'accord	5	1,6
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 15, sur un total de 320 participants, 197 participants pour un pourcentage de 61,6% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 51 participants pour un pourcentage de 15,9 sont en désaccord ; 30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres, 37 participants pour un pourcentage de 11,6% sont d'accord , 5 participants pour un pourcentage de 1,6 % sont tout à fait d'accord. On peut de ce fait dire que 13,2% de participants n'urinent pas dans la nature même s'ils sont seuls

Tableau 39: P4 je suis toujours les émissions sur la santé et la protection de l'environnement/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	78	24,4
	En désaccord	91	28,4
	Neutre	81	25,3
	D'accord	61	19,1
	Tout à fait d'accord	9	2,8
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item P4 sur un total de 320 participants, 78 participants pour un pourcentage de 24,4% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faire 91 participants pour un pourcentage de 28,4 sont en désaccord ; 80 participants pour un pourcentage de 25,0 % sont neutres, 61 participants pour un pourcentage de 19,1% sont d'accord , 9 participants pour un pourcentage de 2,8 % sont tout à fait d'accord. On peut de ce fait dire que 21,9% suivent les *émissions de santé*.

Tableau 40: P5 je participe aux campagnes d'assainissement de ma localité/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	78	24,4
	En désaccord	43	13,4
	Neutre	40	12,5
	D'accord	138	43,1
	Tout à fait d'accord	21	6,6
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'itemP5 sur un total de 320 participants, 78 participants pour un pourcentage 24,4% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faire 43 participants pour un pourcentage de 13,4% sont en désaccord ; 40 participants pour un pourcentage de 12,5 % sont neutres, 138 participants pour un pourcentage de 43,1% sont d'accord ,21 participants pour un pourcentage de 6,6 % sont tout à fait d'accord. On peut de ce fait dire que 49,7% de participants participent aux campagnes d'assainissement.

Tableau 41: P6 les caniveaux à proximité des débits de boissons sentent presque toujours les urines /____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	33	10,3
	En désaccord	20	6,3
	Neutre	35	10,9
	D'accord	164	51,3
	Tout à fait d'accord	68	21,3
	Total	320	100,0

Cette proposition de l'itemP6 sur un total de 320 participants, 33 participants pour un pourcentage 10,3 % ne sont pas du tout d'accord de la proposition faire 20 participants pour un pourcentage de 6,3% sont en désaccord ; 35 participants pour un pourcentage de 10,9 % sont neutres, 164 participants pour un pourcentage de 51,3% sont d'accord ,68 participants pour un pourcentage de 21,3 % sont tout à fait d'accord. On peut de ce fait dire que 72,6% pensent que les caniveaux à proximité des débits de boissons sentent presque toujours l'urine.

Tableau 42: Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Persuasion	320	2,7927	,65434	,03658

Tableau 43: Test sur échantillon unique

Test sur échantillon unique						
Valeur de test = 3						
	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différenc e moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
Persuasion	-5,667	319	,000	-,20729	-,2793	-,1353

Les tableaux 42, 43 montrent une moyenne de 2,7927 de l'échantillon de persuasion avec pour écart type de 0,65434, la moyenne $t = 3$ avec une différence de -0,20729 $p < 0,000$ $P < 0,05$ on peut se dire que les participants ne pensent pas pouvoir changer de comportement par la persuasion

4.1.1.4. Etats physiologiques et émotionnels

Ils renvoient dans l'autoefficacité au fait que les individus sont plus enclins à croire au succès s'ils ne sont pas gênés par leurs états émotionnels et psychologiques

Tableau 44: EPE1 j'ai la chair de poule à l'idée d'utiliser les toilettes publiques/_____ /

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	78	24,4
	En désaccord	64	20,0
	Neutre	55	17,2
	D'accord	101	31,6
	Tout à fait d'accord	22	6,9
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item PE1, sur un total de 320 participants, 78 participants pour un pourcentage de 24,4% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 64 participants pour un pourcentage de 20,0% sont en désaccord ; 55 participants pour un pourcentage de 17,2 %

sont neutres, 101 participants pour un pourcentage de 31,6% sont d'accord, 22 participants pour un pourcentage de 6,9 % sont tout à fait d'accord. Cela veut dire que 38,5% de participants attestent qu'ils ont la chair de poule à l'idée d'utiliser les toilettes publiques

Tableau 45: EPE2 j'éprouve un sentiment de honte à l'idée d'uriner dans la rue/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	45	14,1
	En désaccord	45	14,1
	Neutre	48	15,0
	D'accord	169	52,8
	Tout à fait d'accord	13	4,1
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item PE 1, sur un total de 320 participants proposition faite 45 participants pour un pourcentage de 14,1 sont en désaccord ; 48 participants pour un pourcentage de 15,0 % sont neutres, 169 participants pour un pourcentage de 52,8% sont d'accord, 8 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord. Cela veut dire que 56,9% de participants éprouve un sentiment de honte à l'idée d'uriner dans la rue

Tableau 46: EPE3 j'ai l'impression d'exposer ma nudité alors je me retiens/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	36	11,3
	En désaccord	63	19,7
	Neutre	64	20,0
	D'accord	146	45,6
	Tout à fait d'accord	11	3,4
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, 36 participants pour un pourcentage de 11,3% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 63 participants pour un pourcentage de 19,7% sont en désaccord ; 64 participants pour un pourcentage de 20,0 % sont neutres, 146 participants pour un pourcentage de 45,6% sont d'accord, 11

participants pour un pourcentage de 3,4 % sont tout à fait d'accord. Donc 48% de participants se retiennent parce qu'ayant l'impression d'exposer leur nudité

Tableau 47: EPE4 j'ai l'impression de perdre de la valeur aux yeux des autres je me retiens/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	55	17,2
	En désaccord	68	21,3
	Neutre	74	23,1
	D'accord	108	33,8
	Tout à fait d'accord	15	4,7
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, 55 participants pour un pourcentage de 17,2% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 68 participants pour un pourcentage de 21,3% sont en désaccord ; 74 participants pour un pourcentage de 23,1 % sont neutres, 108 participants pour un pourcentage de 33,8% sont d'accord, 15 participants pour un pourcentage de 4,7 % sont tout à fait d'accord.

Tableau 48: EPE5 mon cœur bat à l'idée de faire mes besoins à l'air libre je cherche les toilettes/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	76	23,8
	En désaccord	83	25,9
	Neutre	52	16,3
	D'accord	96	30,0
	Tout à fait d'accord	13	4,1
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item PE5, sur un total de 320 participants 76 participants pour un pourcentage de 23,8% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 83 participants pour un pourcentage de 25,9 sont en désaccord ; 52 participants pour un pourcentage de 16,3 % sont neutres, 96 participants pour un pourcentage de 30,0 sont d'accord , 13 participants pour un pourcentage de 4,1 % sont tout à fait d'accord.

Tableau 49: EPE6 je préfère uriner dans la nature que d'aller dans les toilettes publiques/___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	17	5,3
	En désaccord	59	18,4
	Neutre	20	6,3
	D'accord	113	35,3
	Tout à fait d'accord	111	34,7
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item PE6, sur un total de 320 participants, 17 participants pour un pourcentage de 5,3% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 59 participants pour un pourcentage de 18,4 sont en désaccord ;20 participants pour un pourcentage de 6,3 % sont neutres, 113 participants pour un pourcentage de 34% sont d'accord, 111 participants pour un pourcentage de 34,7 % sont tout à fait d'accord.

Tableau 50: EPE7 je suis une femme j'évite systématiquement les toilettes publiques/___/

EPE7 je suis une femme j'évite systématiquement les toilettes publiques/___/		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	88	27,5
	En désaccord	52	16,3
	Neutre	59	18,4
	D'accord	91	28,4
	Tout à fait d'accord	30	9,4
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item PE7, sur un total de 320 participants, 88 participants pour un pourcentage de 27,5% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 52 participants pour un pourcentage de 16,3 sont en désaccord ;59 participants pour un pourcentage de 18,4 % sont neutres, 91 participants pour un pourcentage de 28,4% sont d'accord ,30 participants pour un pourcentage de 9,4% sont tout à fait d'accord.

Tableau 51: EPE8 nous semblons avoir admis que les toilettes sont par définition des lieux insalubres/___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	50	15,6
	En désaccord	9	2,8
	Neutre	37	11,6
	D'accord	151	47,2
	Tout à fait d'accord	73	22,8
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item epe8, sur un total de 320 participants, 50 participants pour un pourcentage de 15,6% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 9 participants pour un pourcentage de 2,8 sont en désaccord ;37 participants pour un pourcentage de 11,6% sont neutre

151 participants pour un pourcentage de47,2% sont d'accord, 73participants pour un pourcentage de22,8 % sont tout à fait d'accord.

Tableau 52: EPE9 les toilettes publiques sont des coins qu'on ne nettoie jamais/___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	47	14,7
	En désaccord	12	3,8
	Neutre	26	8,1
	D'accord	141	44,1
	Tout à fait d'accord	94	29,4
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'itemPE9, sur un total de 320 participants, 47participants pour un pourcentage de 14,7% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite12 participants pour un pourcentage de3,8% sont en désaccord ;26 participants pour un pourcentage de8,1 % sont neutres,141 participants pour un pourcentage de44,1% sont d'accord ,94articipants pour un pourcentage de29,4 % sont tout à fait d'accord.

Tableau 53: EPE10 c'est un gros risque de s'asseoir sur le pot des toilettes publiques/___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	34	10,6
	En désaccord	8	2,5
	Neutre	29	9,1
	D'accord	146	45,6
	Tout à fait d'accord	103	32,2
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, 34 participants pour un pourcentage de 10,6 % ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 8 participants pour un pourcentage de 2,5 sont en désaccord ;29 participants pour un pourcentage de 9,1 % sont neutres,146 participants pour un pourcentage de45,6% sont d'accord ,103 participants pour un pourcentage de32,2 % sont tout à fait d'accord.

Tableau 54! EPE11 il m'arrive d'être gêné de voir les gens uriner n'importe où/___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pas du tout d'accord	32	10,0
	En désaccord	31	9,7
	Neutre	55	17,2
	D'accord	154	48,1
	Tout à fait d'accord	48	15,0
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item epe11, sur un total de 320 participants, 32 participants pour un pourcentage de 10,0% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite31 participants pour un pourcentage de 9,7 sont en désaccord ; 55 participants pour un pourcentage de17,2 % sont neutres, 154participants pour un pourcentage de48,1% sont d'accord ,48 participants pour un pourcentage de 15,0 % sont tout à fait d'accord.

Tableau 55: Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Etats physiologiques et émotionnels	320	3,2477	,48842	,02730

Tableau 56: Test sur échantillon unique

Etats physiologiques et émotionnels	Valeur de test = 3			Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	T	dd	Sig.		Inférieur	Supérieur
	9,07	31	,000	,24773	,1940	,3014
	3	9				

Les tableaux 54 montre une moyenne de 3,2477 pour l'échantillon unique " états physiologiques et émotionnels" avec pour écart type de 0,48842, Cette valeur est statistiquement inférieure à la valeur de référence du test à savoir $t = 3$ avec une différence de -0,24773, $p = 0,000$ $P < 0,05$. On peut de ce fait dire que les participants se croient incapable de changer de comportement en suivant leurs états émotionnels et physiologiques.

4.1.2. Gestion de risque

Nous présentons les résultats de la gestion de risque en fonction de l'autoefficacité de l'individu.

Tableau 57: GR1 je fais mes besoins dans les herbes/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	risque très élevé	33	10,3
	risque élevé	75	23,4
	Ni risqué ni pas risqué	24	7,5
	Moins de risque	141	44,1
	Aucun risque.	47	14,7
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres,53 participants pour un pourcentage de16,6% sont d'accord ,38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord 141 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 44,1 % de participants qui sont en accord avec la proposition faite.

Tableau 58: GR2 je fais mes besoins dans les caniveaux/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	risque très élevé	46	14,4
	risque élevé	77	24,1
	Ni risqué ni pas risqué	14	4,4
	Moins de risque	110	34,4
	Aucun risque.	73	22,8
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres,53 participants pour un pourcentage de16,6% sont d'accord ,38 participants

pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord 110 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 31,9 % de participants qui sont en accord avec la proposition faite

Tableau 59: GR3 je ne laisse que quelques gouttes d'urine au sol/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	risque très élevé	58	18,1
	risque élevé	89	27,8
	Ni risqué ni pas risqué	19	5,9
	Moins de risque	103	32,2
	Aucun risque.	51	15,9
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres,53 participants pour un pourcentage de 16,6% sont d'accord ,38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord 103 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 32,2 % de participants qui sont en accord avec la proposition faite

Tableau 60: GR4 j'utilise toujours les toilettes publiques pour mes besoins/____/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	risque très élevé	83	25,9
	risque élevé	71	22,2
	Ni risqué ni pas risqué	35	10,9
	Moins de risque	97	30,3
	Aucun risque.	34	10,6
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 115 participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un

pourcentage de 9,4 % sont neutres, 53 participants pour un pourcentage de 16,6% sont d'accord, 38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord 97 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 30,3 % de participants qui sont en accord avec la proposition faite

Tableau 61: GR5 je suis une femme j'utilise les toilettes publiques/ ___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	risque très élevé	106	33,1
	risque élevé	70	21,9
	Ni risqué ni pas risqué	61	19,1
	Moins de risque	69	21,6
	Aucun risque.	14	4,4
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ; 30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres, 53 participants pour un pourcentage de 16,6% sont d'accord, 38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord 106 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 33,1 % de participants qui ne sont pas du tout d'accord avec la proposition faite

Tableau 62: GR6 je suis une femme je fais mes besoins dans la nature/ ___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	risque très élevé	92	28,8
	risque élevé	64	20,0
	Ni risqué ni pas risqué	65	20,3
	Moins de risque	85	26,6
	Aucun risque.	14	4,4
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants

pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres,53 participants pour un pourcentage de16,6% sont d'accord ,38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord. 92 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 28,8 % de participants qui ne sont pas du tout d'accord avec la proposition faite

Tableau 63: GR7 je pourrais être amendé si je fais mes besoins dans la nature/____/

GR7 je pourrais être amendé si je fais mes besoins dans la nature/____/		Fréquence	Pourcentage
Valide	risque très élevé	72	22,5
	risque élevé	57	17,8
	Ni risqué ni pas risqué	44	13,8
	Moins de risque	128	40,0
	Aucun risque.	19	5,9
	Total	320	100,0

A cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres,53 participants pour un pourcentage de16,6% sont d'accord ,38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord. 128 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 40,0 % de participants qui sont en accord avec la proposition faite

A cette proposition de l'item 1,sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 115 participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres,53 participants pour un pourcentage de16,6% sont d'accord, 38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord 119 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 37,2 % de participants qui sont en accord avec la proposition faite.

Tableau 64: GR9 je fais mes besoins dans la nature les eaux de ruissellement peuvent les entrainer partout/ ___/

		Fréquence	Pourcentage
Valide	risque très élevé	56	17,5
	risque élevé	81	25,3
	Ni risqué ni pas risqué	43	13,4
	Moins de risque	122	38,1
	Aucun risque.	18	5,6
	Total	320	100,0

cette proposition de l'item 1, sur un total de 320 participants, le score le plus élevé est de 115 participants pour un pourcentage de 35,9% ne sont pas du tout d'accord de la proposition faite 84 participants pour un pourcentage de 26,3 sont en désaccord ;30 participants pour un pourcentage de 9,4 % sont neutres,53 participants pour un pourcentage de 16,6% sont d'accord, 38 participants pour un pourcentage de 11,9 % sont tout à fait d'accord 119 est le score le plus élevé sur un total de 320 personnes soit un pourcentage de 37,2 % de participants qui sont en accord avec la proposition faite

Tableau 65: Statistiques sur échantillon uniques

Gestion de	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
risque	320	2,8962	,63111	,03528

Tableau 66: Test sur échantillon unique

Test sur échantillon unique						
Valeur de test = 3						
	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
Gestion de risque	-2,943	319	,003	-,10382	-,1732	-,0344

Les tableaux 64, 65, montrent une moyenne de 38509 de l'échantillon de l'expérience active avec pour écart type de 0,69447 Cette valeur est statistiquement inférieure à la valeur de référence du test à savoir $t = 3$ avec une différence de $-0,85085$, $p 0,000 < 0,05$. On peut dire que les obstacles environnementaux contribuent à faire croire aux participants qu'ils sont incapables de changer de comportement.

Tableau 67: Test de corrélation de bravais Pearson

Gestion de risque		
Expériences actives	Corrélation de Pearson	-,270**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	320s
Expérience vicariante	Corrélation de Pearson	,023
	Sig. (bilatérale)	,685
	N	320
Persuasion	Corrélation de Pearson	-,174**
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	320
Etats physiologiques et émotionnels	Corrélation de Pearson	,167**
	Sig. (bilatérale)	,003
	N	320
sGestion de risque	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	320

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Ce tableau est un récapitulatif des coefficients de corrélation de la variable indépendante sentiment d'autoefficacité et de la variable dépendante. Il montre que la dimension expérience active corrélée à la gestion du risque, détient un coefficient négatif de $-,270$; la dimension expérience vicariante corrélée à la gestion de risque détient un coefficient de $,023$; la dimension persuasion corrélée à la gestion de risque détient un coefficient négatif de $-,174$; ; la dimension états physiologiques et émotionnels corrélée à la gestion de risque détient un coefficient de $,167$

4.2. Interprétation des résultats des résultats et discussion

Après l'analyse des résultats qui a consisté à rendre compte des données obtenus par rapport à notre étude, il est question dans cette section du travail, de donner un sens à ces données en fonction du contexte théorique, de la problématique de notre étude, il s'agit en d'autres termes de donner des significations des résultats à la lumière du cadre théorique qui a permis d'expliquer ce sujet dans le but de produire un savoir comme l'exige tout travail scientifique. Nous avons travaillé sur le sentiment d'autoefficacité et la gestion des risques liés à la matière fécale, nos hypothèses ont été élaborées à partir des sources de l'autoefficacité.

4.2.1. HS1 : l'expérience active joue un rôle déterminant dans la gestion des risques liés à la matière fécale. L'expérience active qui renvoie au fait que l'individu fasse personnellement des expériences, relève les défis par ses propres moyens. Ceci fait naître en lui le sentiment d'être capable de réaliser des tâches complexes. Comme nous pouvons lire dans le tableau, 66 l'expérience active a une corrélation avec la gestion des risques liés à la matière fécale. Ce qui nous amène à conclure que cette hypothèse a été acceptée. Cette hypothèse étant ainsi vérifiée, cela s'explique par ce que Bandura (1997), désigne dans sa théorie de l'apprentissage social, l'apprentissage direct, en effet il explique que le processus d'apprentissage obéi au principe du conditionnement c'est-à-dire qu'à force d'accomplir une action on finit par l'intégrer. Dans le cadre de la gestion des risques liés à la matière fécale, que les populations trouvent des solutions par elles même et n'ont que les solutions toutes faites viennent d'ailleurs, pouvoir le faire elles même leur permet de vivre la difficulté à trouver la solution ainsi, maintenir cette solution sur le long terme sera leur préoccupation.

4.2.2. HS2 : l'expérience vicariante joue un rôle déterminant dans la gestion des risques liés à la matière fécale. L'expérience vicariante encore appelée apprentissage social, consiste à évaluer ses capacités personnelles en observant des actions réalisées par d'autres personnes dans des conditions comparables aux nôtre. En observant l'autre qui est comme nous réussir sa tâche, cela provoque en nous le sentiment d'être nous aussi, capable de réussir ladite tâche. Le tableau 66 nous montre une absence de corrélation entre l'expérience vicariante et la gestion des risques. Ce résultat nous amène à conclure que cette hypothèse est rejetée dans le cadre de notre travail. Bandura (1997) dans sa théorie de l'apprentissage social, a montré que le processus d'apprentissage peut se faire aussi à travers l'imitation lors de l'exposition au modèle. Dans le cadre de notre étude, il s'est avéré que cette observation ne suffit pas pour gérer de manière efficace, les risques liés à la matière fécale. Cela suppose que

l'individu ne peut juste pas observer l'autre apporter des solutions pour la gestion des risques lié à la matière fécale et développer en lui ce sentiment d'être capable lui aussi de le faire pareil. Nous pensons que d'autres paramètres entrent en jeu. Des paramètres que des études futures peuvent nous aider à déceler

4.2.3. HS3 : la persuasion joue un rôle déterminant dans la gestion des risques liés à la matière fécale. Elle est encore désignée expérience symbolique, elle consiste à encourager les autres que nous jugeons crédibles par des messages d'encouragement ce qui permet à celui qui est encourager de renforcer sa propre confiance et croire en ses propres capacités. Le tableau 66 montre une corrélation entre la persuasion et la gestion des risques. Cette hypothèse est par conséquent acceptée. A la lumière de la théorie de l'action raisonnée de Fishbein & Ajzen (1975), dont le postulat stipule qu'à l'origine de tout comportement, il y a une intention celle-ci étant déterminée par des acteurs comme l'attitude et les normes subjectives. Sachant que l'auto efficacité est considérée comme une variable qui contribue à prédire l'intention, il est donc établi que le modèle TAR /TCP a un lien avec le sentiment d'auto efficacité. La Pour nous, la persuasion source d'autoefficacité dont on parle ici, peut être compris comme des normes sociales, en effet l'individu persuadé agit en quelque sorte en réponse à cette stimulation externe qui vient des autres, ces autres qu'il considère être des personnes de valeur pour lui et qu'il ne souhaite pas décevoir d'où sa volonté d'adopter des comportements sains.

4.2.4. HS4 : les états physiologiques et émotionnels jouent un rôle déterminant dans la gestion des risques. Il s'agit parlant des états physiologiques et émotionnels, de toutes sensations physiques conséquence des informations transmises par notre état physiologique. Le tableau 66 montre une corrélation entre les états physiologiques et émotionnels ce qui nous fait dire que l'hypothèse est acceptée. La théorie du comportement planifié d'Icek Ajzen (1991), stipule que la décision de mettre en œuvre une conduite est raisonnée, planifiée et contrôlée et ce contrôle renvoie alors au sentiment d'autoefficacité développé par l'individu. Le facteur contrôle comportemental perçu est le déterminant renvoi à la perception que l'individu a du comportement en terme de difficulté ou de facilité à l'adopter. L'individu évalue la faisabilité du comportement. Cette faisabilité dépend des expériences, des informations spécifiques que l'individu reçoit...ces informations peuvent être des palpitations des tremblements...qui peuvent influencer l'adoption d'un comportement. Un individu qui écoute son corps peut savoir s'il peut faire ou non une action donnée.

4.3. Discussion des résultats

Selon Albert Bandura, le sentiment d'autoefficacité constitue le facteur clé de l'action humaine car la croyance des individus en leur efficacité a une influence sur toutes leurs activités. Nous nous sommes basés sur les sources de l'autoefficacité de Bandura à savoir l'expérience active, l'expérience vicariante, la persuasion, les états émotionnels et physiologiques, environnementaux pour élaborer quatre hypothèses de recherche qui stipulent que ces notions jouent un rôle déterminant dans la gestion des risques de santé liés à la matière fécale.

Aux termes de l'analyse, il ressort que la gestion de risque est en relation avec l'expérience active, la persuasion, les états émotionnels et physiologiques. Nous notons effectivement dans le cadre de notre étude l'idée que les croyances qu'a l'individu en ses capacités à réussir, joue un rôle crucial dans son engagement et ses performances.

Bouffard-Bouchard (1994), cherchant à déterminer si l'activation des connaissances à propos des stratégies appropriées pour étudier un texte augmente l'autoefficacité et le contrôle de la compréhension chez les jeunes du collège, aboutit à la conclusion que les étudiants qui réfléchissent sur le texte, développent un sentiment d'efficacité plus élevé que ceux qui n'ont pas cette opportunité. Comme les analyses de nos résultats l'ont aussi montré, nous affirmons comme lui, que l'expérience active développe le sentiment d'autoefficacité. On peut alors dire que plus les participants s'investissent dans des expériences actives de maîtrise qui réussissent, moins grand est le risque. Dans notre étude, ces expériences de maîtrise peuvent renvoyer à la recherche des toilettes, ou le choix d'activités qui les empêchent d'uriner dans la nature ces résultats nous permettent de croire que l'on peut mettre sur pied une action communautaire où l'individu s'investit personnellement, par ses propres moyens dans des activités où il relève le défi de ne pas laisser la matière fécale traîner. Pour l'expérience vicariante, l'analyse de nos résultats n'ont pas montré une corrélation entre cette modalité et la gestion des risques liés à la matière fécale contrairement aux travaux de [] influence la gestion de risque, le tableau montre une absence de corrélation entre l'expérience vicariante et la gestion de risque et le sentiment d'efficacité personnelle dans le cadre de notre étude elle n'est pas assez importante pour amener les participants à changer de comportement c'est-à-dire regarder l'autre faire et imiter n'est pas assez.

La troisième hypothèse, la persuasion verbale influence la gestion de l'autoefficacité, les résultats du tableau nous montrent une relation à contre-courant entre la persuasion verbale

et la gestion de risques. Ainsi donc plus la persuasion verbale est pertinente, plus les participants sont prêts à s'engager dans d'action de maitrise, réduisant ainsi le risque lié à la matière fécale la persuasion se présente ainsi comme un facilitateur du développement du sentiment d'autoefficacité. Des sensibilisations où toutes sortes d'outils de sensibilisation pourront être utilisées peuvent ainsi amener l'individu à avoir un fort sentiment d'autoefficacité et l'aider à comprendre qu'il a une grande part de responsabilité dans la gestion des risques qui repose sur un changement positif de comportement

Pour l'hypothèse les états émotionnels ont une influencent sur la gestion de risque, le tableau nous montre une relation positive entre les états émotionnels et physiologiques des participants et la gestion de risque. Ceux des participants ayant répondu qu'ils avaient une forte gêne chaque fois qu'ils étaient question de faire leurs besoins dans la nature trouvaient que faire ces besoins dans la nature présentait un grand risque Très peu d'études se sont intéressées au rôle des états émotionnels physiologiques et émotionnels et le changement de comportement⁴

4.4. Implications

Bien que notre hypothèse générale formulée en ces termes : le sentiment d'autoefficacité joue un rôle déterminant dans la gestion de risque liée à la matière fécale, n'ait pas été totalement confirmée à cause de l'absence de corrélation entre l'expérience vicariante et la gestion des risques liés à la matière fécale, nous néanmoins que pensons la confirmation des trois autres hypothèses permet de se dire qu'il est possible de monter un protocole d'intervention en vue d'une action communautaire visant à agir sur le comportement des populations pour afin d'aboutir à un changement de comportement et l'adoption des comportements sains pour une bonne gestion de la matière fécale. Une étude approfondie pourrait sur l'expérience vicariante pourrait être envisagée pour montrer que cette autre source de l'autoefficacité peut elle aussi contribuer à la gestion des risques liés à la matière fécale.

4.5. Recommandations

L'assainissement reste et demeure un point névralgique de la vie en société, il est également un indicateur tangible du développement et du bien-être de l'être humain et incontestablement, une garantie pour avoir une population en bonne santé et vigoureuse. Plusieurs projets nécessitant des sommes d'argent colossales sont mis sur pied pour assainir l'environnement des populations, projets qui ne trouvent pas toujours l'adhésion des

populations qui réagissent comme si elles n'étaient pas concernées par ces projets, marquant ainsi l'échec de la plupart de ces projets et conduisant à des dépenses inutiles. Cette étude peut constituer une solution alternative pour éviter ainsi aux différents responsables chargés d'assurer l'assainissement de l'environnement à leur niveau, de s'investir dans des projets mort-nés, et sources de dépenses inutiles, surtout concernant la matière fécale qui traîne dans l'environnement et qui constitue un risque certains pour les populations. Ainsi donc aux chefs des quartiers surtout ceux réputés mal famés, qui ont l'aspect des latrines géantes à ciel ouvert, aux chefs d'établissements où les latrines sont toujours insuffisantes et mal utilisées, aux maires des communes qui comme dans la commune de Yaoundé 2 où nous avons mené notre étude font face à un sérieux problème de gestion de la matière fécale, au gouvernement qui lutte chaque jour en investissant beaucoup d'argent pour des résultats peu probants, les résultats de cette étude peuvent constituer une autre source qu'il pourraient exploiter pour impliquer un peu plus les populations, en agissant plutôt sur leurs comportements en amenant chaque individu à croire qu'il est capable de lui-même d'avoir un comportement sain, qui dans notre étude, consiste à faire ses besoins dans des lieux indiqués pour ça. Lorsque l'individu lui-même par ses propres moyens au bout de l'effort à un résultat positif, il développe le sentiment qui fait qu'il se croit être capable de résoudre des problèmes est prêt à recommence on obtient dans ce cas, des solutions pérennes, dans notre étude, il s'agira d'une gestion permanente de la matière fécale. Il s'agira de monter des protocoles d'intervention d'action communautaire où les activités, seront celles qui mettent à contribution l'expérience active de l'individu, la persuasion de ce dernier par différents moyens accessibles, des activités qui mettent en branle les états physiologiques et émotionnels des individus pour un changement de comportement et l'adoption des comportements sains.

Conclusion générale

La présente étude s'inscrit dans l'axe de la santé communautaire et a pour titre le sentiment d'autoefficacité chez les populations et gestion des risques de santé liés à la matière fécale. Elle s'est investie dans la vérification de l'impact que peut avoir l'autoefficacité sur la gestion de risques liés à la matière fécale. Le but de cette étude était de mettre en évidence la relation existante entre le sentiment d'autoefficacité chez les populations et la gestion de risque liées à la matière fécale, nous souhaitons vérifier la pertinence des postulats théoriques sur l'autoefficacité comme modèle psychosociaux de prédiction de comportement relatif à l'exposition au risque et à la préservation de la santé, et celui de la TSC pour l'explication des comportements. , Pour une compréhension plus aisée de notre sujet, le développement des notions de risque, toilettes, autoefficacité et comportement de santé, soutenues par les théories explicatives telles que la représentation sociale, la théorie sociale cognitive, la TAR, la TCP ont constitué l'essence du cadre théorique. La recension de quelques écrits nous ont permis d'identifier cinq travaux des auteurs suivants, Shunk, 1983 ; Mathieu, Martineau et al. ,1993. ; Bouffard-Bouchard, 1994 ; Shih, Alexander, 2000 ; Britner & Pajares, 2006 qui ont traité des sujets portant sur le sentiment d'autoefficacité. Cependant nous n'avons pas trouvé des écrits qui traitent du sentiment d'autoefficacité pour la gestion de risque liés à la matière fécale. Néanmoins, les résultats des travaux recensés nous ont permis de faire des comparaisons avec ceux de notre recherche. Le cadre théorique nous a permis entre autre de développer la TSC Bandura dont les sources de l'autoefficacité nous ont aidé à élaborer nos quatre hypothèses de recherche à savoir que : l'expérience active, l'expérience vicariante, la persuasion, les états physiologiques et émotionnels, qui, ont chacune une influence sur la gestion des risques de santé.

Sur le plan de la méthodologie, nous avons optée pour une étude quantitative, pour analyser les comportements des 320 participants recensés dans 18 quartiers de Yaoundé 2 qui ont constitué notre échantillon d'étude. Partis de deux variables, à savoir une VI = sentiment d'autoefficacité et une VD= gestion des risques de santé, nous avons collecté les données à l'aide d'un questionnaire calqué sur le modèle de l'échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnel de Jerusalem et Schwaezer (2006). Le niveau de développement de la VI a été mesuré chez chaque participant et comparé au niveau de la VD de chaque participant. Les scores de chaque variable ont été traités grâce à un logiciel informatique et les résultats de ces derniers ont fait l'objet d'une analyse afin d'aboutir à une conclusion.

L'analyse des résultats item par item dans un premier temps, a permis la mise en exergue les scores de chaque indicateur des modalités des différentes variables, qui étaient mises en

œuvre le plus chez les participants. Les statistiques et les tests appliqués à chaque modalité ont ensuite permis d'établir l'existence d'une corrélation ou non entre les modalités de chaque variable. Les résultats ont révélé dans le cadre de notre étude que, en dehors de l'expérience vicariante, toutes les autres sources de l'autoefficacité, le but, l'attente de résultats et les obstacles environnementaux ont une influence sur la gestion du risque.

Au terme de l'analyse des résultats grâce au calcul, sur le plan pratique, le sentiment d'autoefficacité revêt une importance certaine pour la gestion des risques liés à la présence de la matière fécale dans la nature, en effet on peut soulever le fait que nous sommes dans un pays en voie de développement et dont certaines régions sont enrôlées dans des guerres le budget prévu ne suffit pas pour que le gouvernement assure un assainissement impeccable comme il se doit ainsi l'individu peut donc être lui-même être agent de changement de comportement en faisant simplement des choix d'activités qui l'amènent vers l'adoption d'un comportement souhaité ce qui serait un coup de pouce donné à l'état pour l'accomplissement de ses tâches régaliennes malgré la conjoncture difficile. Des problèmes sociaux peuvent donc et résolus à travers des actions communautaires engagées dans des communautés pour résoudre elles même ses problèmes.

Sur le plan théorique, cette étude contribue à faire grandir la liste des travaux qui se sont intéressés à la gestion des risques de santé à travers le développement des sources du sentiment d'autoefficacité dont l'innovation se situe au développement de ces sources pour mieux gérer les risques liés à la matière fécale. Sur le plan personnel il nous a servi de prétexte pour nous initier à l'écriture d'un travail scientifique en respectant les différentes étapes et dont la correction nous aidera à acquérir plus d'amples informations sur la rédaction d'un travail scientifique, meilleur.

Etant encore à la phase d'initiation à la recherche nous nous considérons comme étant encore à l'étape de préparation justifiant ainsi le lot de limites que comporte ce travail. D'abord sur l'échantillon dont le nombre peut ne pas être représentatif, l'outil utilisé peut avoir été une limite dans la mesure où l'étude soulève un aspect presque intime de la vie des participants et même un peu honteux alors les participants ont pu faire preuve de désirabilité sociale au moment de répondre aux questions ce qui aurait donc pu être un biais dans notre étude. Néanmoins, cette étude nous a permis de croire que l'on peut aboutir à une possible résolution des problèmes sociaux en investissant non pas de l'argent, mais juste beaucoup de volonté et de la motivation en développant son autoefficacité à travers des actions communautaires.



ANNEXES

Références bibliographiques

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). *The health belief model. Research and practice with social cognition*. Open. University Press.
- Ajzen, I., & Albarracin, D. (2007). *Prédiction and Change of Heath Behavior*. Psychology Press.
- Allais, M. (1953). Comportement de l'homme rationnel devant le risque: critique des postulats de l'école américaine. *Econometrica*, 21(45), 503-546.
- Alpport, G.(1979). Prejudice. *Reading mass*. 45(5), 228-225.
- Backiny-yetna, P., Camara, M., Ndoeye, D, Tsimpo, C., & Wodom, Q. (2010). Progress Under the Growth and Poverty Reduction Strategy of Sénégal. MPRA, 344(19), 26-34.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 12(43), 23-30. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1978). Social Learning Theory of Aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12-29. <https://doi.or./10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy defined. *Encyclopedia of Human Behavior*, 4, 71-81.
- Barthélémy, B. (2002). Gestion des risques : méthodes d'optimisation globale. *Editions des organisations*, 2(8), 15-28.
- Beaud, M., & Willinger, M. (2017). Quels déterminants de la prise de risque ? *Erudit*, 4(12), 14-32. <https://id.eruditorg/ideerudit/103987ar>.
- Beck, U. (1998). La société du risque, sur la voie d'une autre modernité. *Paris Aubier*, 42(7), 324-330.
- Beck, U. (2001). La politique dans la société de risque. *Revue du MAUSS*, 1(4), 376-392. [DOI :10.3406/ds.1994.1352](https://doi.org/10.3406/ds.1994.1352)
- Becker, G. (1974). Une théorie des interactions sociales. *Journal d'économie politique*, 6(82), 6-15.
- Berger, P., & Lukman, T. (1966). *La construction de la réalité sociale*. Armand colin.
- Bernard, S., Routray, P., Majorin, F., Peletz, R., Sinha, A., & Clase, T. (2013). Impact of Indian total sanitation campaign on latrine coverage and use : a cross sectional study in Orissa. Three years following program implantation. *PlosOne* 8(8),72-85.
- Blosh, H et al. (1997). Dictionnaire fondamental de la psychologie. Paris Larousse Bordas.

- Borghans, L., Heckman, J., & Golsteyn, H. (2009). Gender Differences in Risk Aversion and Ambiguity Aversion. *Journal of the European Economic Association* 7(3) 649-658.
- Bouffard- Bouchard, T.,(1994).effect of activating conditional knowledge on self efficacy and comprehension monitoring. *International journal orf behavior development* 17(3)191-215
- Bourdillon, F., Brücke, D., & Tabuteau, D. (2016). *Les déterminants de la santé* (3^e édition). Lavoisier.
- Bouyssou, J. (1997). *Théorie générale du risque*. Economica.
- Brinkmann, S. (2014). Unstructured and Semi-Structured Interviewing. *The Oxford Handbook of Qualitative Research*, 4, 20-35. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199811755.013.030>
- Britner, S., Pajeres,F.(2006). Sources of science self –efficacy beliefs of middle school students. *Journal of research in science teaching*.43(5) 485-499
- Brucker, G. (2016). Définitions de la santé publique. *Traité de la santé publique*, 14 (5), <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0028>
- Burton-Jean-gros, C. (2004). *Cultures familiale du risque*. Paris, Anthropos.
- Cadet, B. (2007). Traitements de l’incertitude dans l’évaluation du risque. *Bulletin de psychologie*, 54, 357-367.
- Centre Canadien d’Hygiène et de Sécurité au Travail. (1997). Danger et risque. *Fiche d’information réponse Canada*. 6-12, [http/ : WWW.cchst.com](http://WWW.cchst.com)
- Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales. (2005). *Lutte contre les infections nosocomiales*. [Https:// solidarités-santé.gouv.fr](https://solidarités-santé.gouv.fr)
- Chauvin, B. (2014).*la perception des risques apport de la psychologie à l’identification du risque perçu*. De Boeck supérieur.
- Cloutier, R. (2016). *La gestion de risque en santé publique au Québec*. [http:// www.inspq.qc.ca/](http://www.inspq.qc.ca/).
- Cohen, M., & Tallon, J.M. (2000). Décision dans le risque et l’incertain : l’apport des modèles non-additifs. *Revue d’économie politique*, 110(5) 53-65
- Combs, B., & slovic, P. (1979). Causes of death : biased newspaper coverage and biased jugements. *Journalism Quarterly*, 5, 837-860.
- Cortin, V., Laplante, L., & Dionne, M. (2018). Communication des risques à la santé. *Institut national de la santé publique du Québec*. mobile.inspq.qc.ca
- Dab, W. (2003). *Agir face aux risques sanitaires*. Puf.

- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2017.). *Représentation intégrée de la théorie de l'autodétermination. La motivation* (38). New York Guilford Press. DOI <https://doi.org/10.7202/1041847ar>
- Delhomme, P. (2001). Evaluation d'actions possibles face à un risque : une approche expérimentale de l'effet du contrôle subjectif sur l'optimisme absolu et comparatif. *Revue Internationale de psychologie sociale*, 14(4), 45-81
- Ducellier, P. (2016). Analyse descriptive. *Magazine Applications & Données* 10, 29, 1-4. environnements. Rapport d'une consultation de l'OMS. https://www.who.int/water_sanitation_health_2
- Etner, J. (2005). Les croyances pédagogiques des enseignants : la dernière frontière dans notre quête d'intégration technologique. *Nouveaux cahiers de recherche en éducation*, 2(14), 35-48. DOI : <https://id.erudit.org/iderudit/1067710ar>
- Faye, A., Ndiaye, N.M., Faye, D., & Tal-Dia, A. (2011) Qualité de l'eau et comportements hygiéniques des populations en milieu rural sénégalais *Médecine Tropicale*, 71(4), 45-48.
- Franceys, R. (1995). *Guide de l'assainissement de la santé*. Presse universitaire de France.
- François, P., & Botteman, A., (2002). Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences : applications, recherches et perspectives critiques. *Revue francophone internationale*, 8(3), 4-8.
- François, P.H., Botteman, A. (2002). Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan des compétences : application, recherche e perspectives critiques. *ResearchGate* 8(4), 14-21.
- Gist, M. E., & Mitchell, T.R. (1992). Self-efficacy : A theoretical analysis of its déterminants and malleability. *The academy of management review*, 17(2), 183-211. <https://doi.org/10.2307/258770>
- Godin, G. (1996). La théorie du comportement planifié : une revue de ses applications aux comportements liés à la santé. *Presses de l'Université de Montréal*, 1(2), 13-40.
- Hagger, M. (2019). *L'approche de l'action raisonnée et les théories de l'action raisonnée et du comportement*. Oxford university press. Doi :10.1093/OBO/978019982340024 0
- Hardeman, W. (2014). Application de la théorie du comportement planifié dans les interventions de changement de comportement : un examen systématique. *Psychologie & santé* , 17(2) 123-158. <https://doi.org/10.1080/0887044029001364a>
- Haslam, N. (2012). The return of the anal character. *Review of general Psychology* 15(5), 351-385.
- Hentgen, V., Jauréguiberry, S., & Belec, M. (2000). Maladies du péril fécal et leur prévention. *Développement et santé*, 7(3), 14-21

- iEduNote[@iEduNote]. (2018, 26 mars). *Self-Efficacy Theory : Bandura's 4 Sources of Efficacy Beliefs*. com. <https://www.iedunote.com/self-efficacy-theory>.
- Institut national de santé publique du Québec. (2003). *Risques psychosociaux au travail : de l'identification à la prévention*. Rapport de l'INSPQ.
- Jenkins, M.W., & Scott, B. (2007). Behavioral indicators of household decision-making and demand for sanitation and potential gain from social marketing in Ghana. *Social Science and Medicine*, 64, 2427-2442.
- Kahneman, D., & Trersky, A. (1981). *Jugement Under uncertainty : Heuristics and biases*. Cambridge University Press.
- Kouabénan, D.R. (2007). Incertitude, croyances et management de la sécurité. *Travail humain* 1(68), 7-15. <https://doi.org/10.3917/th.681.0007>
- Kouabénan, D.R., & Cadet, B., (2006). Evaluer et modéliser les risques : apports et limites des différents paradigmes dans le diagnostic de sécurité. *Le travail humain*, 68(1) 42-51.
- Lacroix, M.J. (2012). *Réalité des risques psychosociaux. Actions et solutions pour agir*. Gereso éditions.
- Lamoureux, H. (2008). L'action communautaire. Des pratiques en quête de sens. *Montréal, VLB*, 49(2), 390-392. <https://id.erudit.org/iderudit/018937ar>, DOI <https://doi.org/10.7202/0118937ar>
- Laplat, J. (2003). *Psychologie de demain*. Presses Universitaires de France
- Le Breton, D. (2017). *Sociologie du risque*. Presses Universitaires de France.
- Le petit Robert. (2001). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Nouvelle édition millésime.
- Liu, S., Huang, J.C., & Brown, G.L. (1998). Information and Risk Perception : A Dynamic Adjustment Process. *Risk Analysis*, 18, 689-710.
- Lupton, S. (2001). Sécurité environnementale et sanitaire : les biens controversés. *Economie rurale, volume (262), P 3-18*. https://doi.org/10.3406/ecoru_0013
- Lupton, S. (2009). Le marché d'épandage des boues de station d'épuration urbaine. [Thèse de doctorat, paris, EHESS] Agence bibliographique de l'enseignement supérieur. <https://tel.archives-ouvertes.fr>
- Magliaro, B., Susan, G., & Burton, K. (2012). L'enseignement direct révisé. *Recherche et développement des technologies éducatives*. 53(4) 41-55. DOI 10.1007/BF02504684
- Mary, D., wildavsky, A., & Duclos. (1987). Risk and culture.an essay on the selection of technologycal and enviromental dangers. *Revue française de sociologie*,28(1), 178-181.

Massé, R. (2003). *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Presses de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com>.

Mathieu, C. Etienne, S.J. (2011). Les déterminants du développement de l'auto-efficacité entrepreneuriale dans un contexte de mentorat. *Revue de l'entrepreneuriat* 10(

Meyer, T. (2019). *Traité de psychologie de la motivation*. Dunond.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001). *La gestion de risque une priorité pour le réseau*. Rapport du comité ministériel. <https://www.quic.gouv>.

Moscovici, S. (2014). *Psychologie Sociale*. Paris : presse universitaire de France.

Ngamaleu, H. (2012). Ressources entrepreneuriales et sentiments d'autoefficacité des diplômés camerounais occupés à une relation informelle à l'emploi. *Katika*.

Niffle, R. (2004). La maîtrise des risques : les rapports humains au risque. *Journal Permanent de l'Humanisme Méthodologique*, 49,6-8, https://journal.cohérences.com/IMG/_article_PDF/article_

Onu info

Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Stratégie de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et hygiène*. Rapport de l'OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/311284>

Organisation Mondiale de la Santé.(2015). *Guidelines for safe recreational water*

Paicheler, G. (1997). Modèles pour l'analyse et la gestion de risque liés au VIH : liens entre connaissances et actions. *Sciences sociales et santé*, 15(4), 39-70. doi.org/10.3406/sosan.1997.1411

Pamuk, S., Peker, D. (2009). Turkish pre-service science and mathematics teachers' computer related self –efficacies,attitudes,and the relationship between these variables. *Computers and education*. 28(5), 425-439.

Paraskeva, F. (2008). Caractéristiques individuelles et autoefficacité informatique chez les enseignants du secondaire. *Association canadienne d'éducation de la langue française*, 4(41), pages.87-92.

Pécaud, D. (2012). Comprendre et maitriser les risques techniques et environnementaux : aller au-delà du risque. *Revue électronique en sciences de l'environnement*,12(1), 45-50. <https://doi.org/10.4000/vertigo.12152>

Pederson, (2006) *promotion de la santé au canada et au Québec, perspectives critiques*. Presses de l'Université de Laval.

Pesqueux, Y. (2011). Pour une épistémologie du risque. *Management & Avenir*,3(43), 460-475.<https://doi.org/10.391/mav.043.0460>

Petty

- Pucci, M. (2002). Gestion des risques : fondements théoriques et analyse critique. *Anales d'économie et de statistiques* 78(5), 164-187).
- Rondier, M., & Bandura, A. (2004). *Autoefficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : Éditions De Boeck Université. DOI : [10.4000/ejrieps.6375](https://doi.org/10.4000/ejrieps.6375)
- Rosenberg et Hovland 1960
- Salengro, B., Pertinent, G., & Thévenet, M. (2011). Le risque. *Humanisme et Entreprise*, 301(5), 5-12.
- Santé : recherche et pratique avec des modèles de cognitions sociale. *Institut de psychologie positive et d'éducation Université catholique australienne* 3(2) 225-255
- SCHUNCK 1983
- Schwarz clore 1983
- Setbon, M. (2021). *Face au risque sanitaire : perceptions, émotions, décisions*. Elsevier Heath Sciences.
- Shade, C., Kunreuther, H., & Kaas, P. (2004). Probability neglect and concern in insurance decisions with low probabilities and high stakes. *American Sociological Review* ,49(1), 711-725.
- Sheeran, P. (2002) intention-relations comportementales : un examen conceptuel et empirique. *Revue européenne de psychologie*, 4 (12), 1-36. DOI :[10.1080/14792772143000003](https://doi.org/10.1080/14792772143000003)
- Slovic, P., Melissa, L., & Finucane. (2000). The affect heuristic in judgement of risks and benefits. *Journal of Behaviorral Decision*, 13(1), 1-17.
- Stahl, B.C., & Mangan, A. (2003). The limits of risk management a social construction approach. *Montfort University*, 2(25), 6-12.
- Tadesse-Yimam, Y., Gelaye, K.A., & Chercos, D. (2014). Latrines utilization and associated factors among people living in rural area of Dembia district, Northwest Ethiopia. *Pan African Medical Journal*, 18(2), 334.
- Tesser, A.(1992). Aggression, love , conformity, and other social psychological catastrophes. Dynamical systems in social psychology. *New York academic press*. 96-109
- Tezci, E., (2011).Factors that influence pre-service teachers' ICT usage in education.European journal of teacher Education, 34(4), 177-199.
- Tourangeau, R. (1988). Accessibilité des croyances et effets dans la mesure de l'attitude. *Journal de psychologie sociale expérimentale. Volume (25)*, 401-421. <https://doi.org/0022-1031>

Triandis, H.C. (1980). Valeurs, attitudes et comportement interpersonnel. *International Association for cross-cultural Psychology*, 1(15). DOI :10.4236/ojf.2013.33013

United Nations of International Children's Emergency Fund. (2019). *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene*. Rapport OMS/UNICEF.

Van Dinther, M., Filip, D., Mien, R.S. (2011). The contribution of assessment experiences to student teachers ' self-efficacy in competence-based education *_teaching and teacher education*.49

Wang, L., Peggy, A., & Ertmer, P. (2003). Expérience d'apprentissage par procuration : impact sur l'autoefficacité des enseignants. *Article du corps professoral* 3(231),62-50, <https://nsuworksnova.edu/172>

Water aids 2009

WATSON

Wildavsky, A.,Mary,D.(2012). L'individu comme preneur de risque

Wilson, S., Ross. Parrett. (1990)

Zayed, J. (2006). Evaluation des risques sur la santé humaine. *Ecole d'été Bamako Mali*.21(8), 1-80.

Annexes









Tables des matières

Sommaire.....	i
Remerciements.....	iii
Liste des acronymes, sigles et abréviations	iv
Liste des tableaux	v
Liste des figures	viii
Résumé.....	ix
Abstract	x
0. INTRODUCTION GENERALE.....	1
0.1 Contexte de l'étude	2
0.2. Problématique de l'étude	4
0.3. Questions de recherche	6
0.3.1 Question principale	6
0.3.2 Questions spécifiques	6
0.4. Objectif de l'étude	7
0.4.1. Objectif général.....	7
0.4.2. Objectifs spécifiques.....	7
0.5. Intérêt de l'étude	7
0.6. Délimitation de l'étude	8
0.7. Présentation du travail	8
PREMIERE PARTIE :	9
Cadre conceptuel et théorique de l'étude.....	9
Chapitre 1 :	10
Risque sanitaire lié à la matière fécale : perception et représentation pour une bonne gestion	10
1.1. Généralité sur le risque	11
1.1.1. Risque sanitaire	12
1.2. Psychologie du risque	13
1.2.1. Perception sociale du risque.....	13
1.2.2. Représentations du risque	16
1.3. Théorie des représentations sociales.....	17
1.4. Gestion de risque	18
1.4.1. Apport de la sociologie et de la psychologie à la gestion de risque.....	18
1.4.2. Stratégies profanes de gestion de risque	19
1.4.3. Construction de la gestion des risques.	19

1.4.5. Dimension de la gestion de risque.....	21
1.4.6. La communication.....	22
1.5. Utilisation des toilettes : moyen de lutte contre la DAL et de la gestion du risque..	22
1.6. Généralité sur la défécation à l'air libre.....	24
1.6.1. Pourquoi la défécation en plein air est-elle un problème si grave ?.....	24
1.6.2. Causes de la défécation à l'air libre (DAL).....	25
1.7. Utilisation des latrines	26
1.7.1. Facteur influençant la capacité l'utilisation des latrines	26
1.7.2. Facteurs de motivation	27
Résumé.....	28
Chapitre 2 :	29
Autoefficacité et comportement de santé : éléments de compréhension pour une gestion des risques réussie :	29
2.1. Autoefficacité : Origine et évolution du concept.....	30
2.1.1. Les sources du sentiment d'autoefficacité	31
2.1.3. Les effets d'une autoefficacité élevée	32
2.1.4. Les effets d'une autoefficacité faible	32
2.1.5. Importance du sentiment d'autoefficacité	33
2.1.6. Notion d'efficacité perçue	34
2.1.7. Comment mesure-t-on l'autoefficacité ?.....	34
2.1.8. Rôle possible de l'environnement social dans le processus d'autoefficacité.....	35
2.1.9. La place de l'autoefficacité dans le changement de comportement.....	35
2.1.2. Psychologie du contrôle	36
2.2. Théories	36
2.2.1. La théorie sociocognitive	36
2.2.2. Théorie de l'apprentissage Social	36
2.3. Recension de quelques écrits	37
2.3. Comportement de santé	38
2.3.1. Concept de comportement.....	38
2.3.2. Comportement de santé.....	38
2.3.3. Les déterminants du comportement la santé	39
2.4. Efficacité des interventions pour changer les comportements de santé.....	40
2.5. Relation entre les comportements liés à la santé et la santé	40
2.6. Modèles théoriques du comportement.....	41
2.6.1. Théorie de l'action raisonnée (TAR)	41

2.6.2. Théorie du comportement planifié	42
2.7. Facteur déterminant le comportement : L'intention comportemental	42
2.7.1. Facteurs influençant l'intention :	43
2.8. Obstacles lié à l'utilisation des latrines.....	47
2.9. Apport des sources de l'autoefficacité dans le changement des comportements : Cas de l'utilisation des latrines :	47
2.9.1. Expérience active d'utilisation des latrines.....	48
2.9.2. Expérience vicariante pour l'utilisation des latrines	48
2.9.3. Etats physiologiques et émotionnels pour l'utilisation des toilettes	49
2.9.4. Persuasion verbale en vue du changement de comportement pour l'utilisation des latrines.....	50
Résumé.....	51
DEUXIEME PARTIE :	52
Cadre méthodologique et empirique de l'étude.....	52
Chapitre 3 :	53
Méthodologie de la recherche	53
3.1. Rappel de la problématique de l'étude.....	54
3.2. Type de recherche	54
3.3. Site et population de recherche	55
3.4. Echantillon de l'étude	55
3.5. Plan d'échantillonnage.....	56
3.6. Instrument de collecte des données.....	56
3.7. Caractéristiques de l'échantillon.....	57
3.3. Matériel et procédure	59
3.3.1. Matériel	59
3.3. Procédure	60
3.3.1. La pré-enquête.....	60
3.3.2. L'enquête.....	60
Chapitre 4 :	63
Présentation des résultats et discussion	63
4.1. Présentation et analyse des résultats	64
4.1.1. L'autoefficacité	64
4.1.1.1. Expérience active.	64
4.1.1.2. Expériences vicariantes	72
4.1.1.4. Etats physiologiques et émotionnels	83
4.1.2. Gestion de risque.....	90

4.2. Interprétation des résultats des résultats et discussion.....	96
4.3. Discussion des résultats	98
4.4. Implications	99
4.5. Recommandations.....	99
Conclusion générale.....	101
Références bibliographiques.....	105
Annexes.....	112
Tables des matières.....	116