



Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages générant de la peur : une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement des attitudes néfastes.

Didier Courbet

► **To cite this version:**

Didier Courbet. Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages générant de la peur : une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement des attitudes néfastes.. *Communication (Canada)*, 2003, 22 (1). <sic_00001153>

HAL Id: sic_00001153

https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00001153

Submitted on 2 Dec 2004

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages
généralisant de la peur :
une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement des attitudes néfastes.

Didier Courbet¹

Résumé

L'article dresse, tout d'abord, un état critique des recherches sur l'influence des campagnes de communication de santé publique qui tentent de modifier des attitudes néfastes pour la santé des individus en utilisant l'appel à la peur. Il explique, ensuite, une étude expérimentale sur le rôle de la peur ressentie après plusieurs expositions à un message. Les résultats montrent que le danger assez fortement représenté n'a été efficace sur l'intention d'arrêter de fumer qu'avec plusieurs répétitions du message. De façon surprenante, les récepteurs qui se sentent les plus vulnérables quant au fait d'avoir un cancer sont ceux qui n'ont pas l'intention d'arrêter de fumer. Les sujets qui se sentent les moins vulnérables ont une forte intention d'arrêter de fumer. Les résultats sont discutés dans le cadre de la théorie des traitements biaisés de l'information.

Dans le domaine de la santé, lorsque des ministères ou des organisations publiques souhaitent modifier des comportements ou des attitudes néfastes chez les citoyens, ils utilisent principalement deux grands types de moyens (RICE et ATKIN, 2001). Le premier consiste à agir sur l'environnement juridique, à modifier les lois et les réglementations. Lorsque

¹ Didier COURBET, Maître de Conférences en sciences de la communication, Faculté des Lettres et Sciences humaines, 98, Bd Edouard Herriot, BP 3209, 06204 Nice Cedex 3, courriel : dcourbet@unice.fr. L'auteur remercie les quatre lecteurs ainsi que le rédacteur en chef pour leurs conseils.

l'attitude à l'égard d'un comportement donné est négative et que celui-ci est imposé par un règlement (obligation de mettre la ceinture de sécurité en voiture), les psychologues sociaux ont constaté que les individus modifiaient ensuite fréquemment leur attitude envers le comportement en question. Dans ce cas, et afin de lutter contre une dissonance cognitive (FESTINGER, 1957), les individus mettent, en effet, leurs connaissances, leurs représentations et leurs jugements en adéquation avec les comportements qui leur sont imposés : l'acte "mettre sa ceinture" est perçu comme étant bénéfique (voir BEAUVOIS et JOULE, 1995).

Le deuxième moyen consiste à élaborer des campagnes de communication de santé publique. L'objectif est alors de transmettre, grâce à un dispositif de communication médiatique, des informations à des publics-cibles dans le but de créer, renforcer ou modifier certaines attitudes susceptibles d'instaurer des comportements d'avantage bénéfiques pour la santé. Les domaines concernés sont nombreux : alcoolisme, tabagisme, infection au VIH, toxicomanie, caries dentaires, cancer du sein, accidents de la route, accidents ménagers... Dans la littérature sur les effets des campagnes médiatiques dans ces domaines, les travaux expliquent que les médias ne peuvent à eux seuls changer les comportements néfastes qui dépendent de multiples facteurs personnologiques et situationnistes (BRYANT et THOMPSON, 2001 ; SCHIARATURA, 2001). Ils peuvent cependant être efficaces quand il s'agit d'agir (FLAY, 1980) :

- 1) sur l'attitude individuelle à l'égard de l'objet ou du comportement lui-même (attitude à l'égard de l'alcoolisme au volant). En suivant EAGLY et CHAIKEN (1993, p. 10), l'attitude est alors considérée dans sa dimension cognitive (les connaissances et croyances à l'égard de l'objet ou du comportement, "l'alcool fait perdre ses réflexes"), sa dimension affective (l'évaluation affective de l'objet ou du comportement, "je déteste conduire après avoir bu de l'alcool ") et sa dimension conative (l'intention comportementale " je n'ai jamais l'intention de conduire quand je bois plus de deux verres ") ;
- 2) sur les normes sociales ou, plus exactement, sur la perception qu'en ont les individus (" la société, non seulement, interdit l'acte de conduire après avoir bu mais le dévalorise fortement ") ;
- 3) sur certaines affaires publiques qui concernent la santé. L'objectif est alors d'inciter le grand public, les groupes ou communautés à modifier eux-mêmes l'environnement socio-politique en faisant pression sur les organisations responsables (*media advocacy*,

WALLACK et al., 1993, ex : “ il faut que les groupes de jeunes fassent pression sur les patrons de discothèques pour qu’ils arrêtent d’inciter à boire de l’alcool ”).

Devant les forts enjeux de santé publique, les campagnes n’hésitent pas à générer de la peur chez les récepteurs. Cette peur est-elle efficace ? Quel rôle a-t-elle dans le processus d’influence ? Le premier objectif de cet article est de dresser un état critique des recherches empiriques sur la réception et sur l’influence des campagnes de communication de santé publique qui tentent de modifier des attitudes et des comportements néfastes pour la santé des individus en utilisant des messages d’appel à la peur. Cet article ne s’intéresse qu’à l’influence de la communication de santé publique sur l’attitude, voilà pourquoi il privilégie les orientations psychosociales (voir également STROEBE et STROEBE, 1995). Nous décrivons, tout d’abord, le modèle de ROGERS (1983) qui explique comment les messages montrant une menace pour la santé agissent sur la motivation à la protection de l’individu. Muet sur le processus de réception du message lui-même et sur le rôle des émotions négatives, ce modèle est ensuite complété par des théories récentes détaillant les traitements parallèles des informations issues du message.

Pour optimiser la persuasion, les plans médias des campagnes de santé publique sont conçus de manière à ce que les médias transmettent un même message plusieurs fois à un même individu. Or, à notre connaissance, aucune recherche se s’est intéressée à l’impact qu’ont ces messages d’appel à la peur quand les récepteurs y sont soumis plusieurs fois. Le second objectif de cet article est d’expliquer une récente étude empirique que nous avons menée pour combler ce manque. Après avoir indiqué les apports théoriques mais aussi les limites de cette expérience, l’article ouvre enfin de nouvelles perspectives pour de futures recherches.

Messages d’appel à la peur et motivation à la protection

On doit le modèle de la motivation à la protection à ROGERS (1983). Essentiellement rationnel, le modèle explique que l’intention comportementale dépend de la motivation à la protection qui naît, elle-même, à la suite de deux processus cognitifs indépendants. Chacun de ces deux processus compare systématiquement avantages et inconvénients. L’intention comportementale fait suite à un choix réfléchi et délibéré où l’individu évalue le lien coûts/bénéfices. Ainsi, la personne décide d’avoir le comportement qui lui permet d’obtenir les récompenses auxquelles il attache certaines valeurs.

D'un côté, l'individu évalue la menace figurant dans le message. Il examine tout d'abord la sévérité perçue de la menace (" le cancer est une grave maladie ") puis la vulnérabilité perçue (" si je continue à fumer, je risque d'avoir le cancer "). Cette évaluation des inconvénients est contrebalancée par celle des avantages perçus : le comportement néfaste apporte cependant des bénéfices intrinsèques (" le plaisir de fumer ") et des bénéfices extrinsèques (" fumer me donne une bonne image aux yeux des autres "). De l'autre côté, l'individu évalue le *coping*, c'est-à-dire le mécanisme pour lutter contre la menace. Il examine tout d'abord l'efficacité des recommandations présentées dans le message (" arrêter de fumer diminue le risque d'avoir un cancer ") puis sa propre capacité à suivre les recommandations, c'est-à-dire l'autoefficacité (" je n'aurai aucun mal à arrêter de fumer "). Ensuite, il évalue les coûts que lui imposerait un comportement adéquat aux recommandations (" je vais être nerveux pendant les premières semaines ").

Si le modèle de Rogers est intéressant pour expliquer l'impact des messages montrant un danger sur la motivation à la protection, il demeure cependant incomplet pour expliquer les traitements de l'information ainsi que le rôle des émotions négatives ressenties *au moment* de la réception du message. C'est dans la psychologie sociale cognitive que nous trouvons les modèles susceptibles d'approfondir notre connaissance des mécanismes de la réception : elle étudie, en effet, les traitements cognitifs et affectifs mis en route par l'individu face à un message d'appel à la peur.

Le rôle de la peur dans le processus de réception

En suivant une optique psychologique (COURBET, 1999, p. 244), la peur est ici définie comme une réaction affective évaluée négativement et générée par l'identification d'une menace personnellement pertinente. Elle est accompagnée, d'une part, de réactions physiologiques (e.g. augmentation du rythme cardiaque) et d'un haut niveau d'éveil, d'autre part, d'expériences subjectives verbalisables et, enfin, d'expressions corporelles, notamment faciales. Face à un message représentant un danger, le récepteur impliqué par le thème met en place deux types de réponses en parallèle : d'une part, il traite le danger lui-même et, d'autre part, il tente de diminuer la peur que déclenche le message (LEVENTHAL, 1970). D'un côté, il tente de contrôler le danger par un processus de résolution de problème. Ainsi, en suivant ce type de réponse, l'individu accepte logiquement le contenu du message. Plus la menace est forte, plus il a l'intention d'émettre un comportement qui diminue cette menace.

En parallèle, le danger représenté dans le message déclenche une peur plus ou moins intense. Cette peur va interférer avec le premier type de réponse. Dans le cas extrême d'une peur trop intense, l'attention de l'individu se détourne du média, la communication est rompue. Le message non regardé dans sa totalité n'est donc pas accepté. Dans les autres cas, la personne met en route un processus de gestion des émotions négatives pour diminuer la peur ressentie (LEVENTHAL et al., 1984). Ces mécanismes de défense conduisent logiquement à émettre des réponses a priori illogiques ou opposées à la première voie : accroissement du sentiment d'invulnérabilité, déni du danger, minimisation de la menace, décrédibilisation de la source, émission de comportement inverse...

Le modèle de Leventhal ne précise cependant pas les interactions entre les deux voies et les raisons qui font s'orienter le sujet vers l'une ou l'autre. Witte comble partiellement cette lacune (modèle étendu des réponses parallèles, WITTE, 1992a, 1992b, 1998). Le sujet évalue le rapport efficacité / menace. Si l'efficacité perçue (" je peux facilement lutter contre ce danger ") est plus forte que la menace perçue, le sujet suit la voie du contrôle du danger et est motivé pour se protéger contre le danger. Il accepte le message et change son intention comportementale. Si la menace perçue est plus forte que l'efficacité (" c'est grave et je ne peux rien faire "), une peur intense est ressentie. C'est la voie du contrôle de la peur qui est alors suivie de manière automatique et irrésistible. Le sujet rejette le message et résiste à la persuasion. Après avoir expérimentalement validé son modèle, WITTE (1993, 1994) conclut que faire peur est efficace si le message montre bien, d'une part, une forte menace et, d'autre part, l'efficacité et la simplicité d'application des moyens pour lutter contre.

Le modèle de Witte a une double utilité scientifique et pratique puisqu'il offre aux praticiens un cadre de travail opérationnel (que WITTE, 1992, appelle *Persuasive Health Message Framework, PHM*) et des outils d'aide à la conception des messages. Ce modèle a permis d'initier nombre d'autres recherches, également utiles pour les praticiens, comme celles sur les effets du cadrage du message. Ces dernières montrent notamment que lorsque l'individu est intéressé et impliqué par le sujet, un message de cadrage négatif où on présente les risques que l'on prend si on ne suit pas les recommandations (" si vous ne mettez pas votre ceinture de sécurité, vous risquez de graves blessures ") est bien plus efficace qu'un cadrage positif où on montre les avantages du comportement (" si vous mettez votre ceinture vous avez des chances de vous en sortir indemne ") (e.g. ROTHMAN et SALOVEY, 1997). Lorsque la personne est faiblement intéressée et faiblement impliquée, le cadrage positif est plus efficace (BLOCK et KELLER, 1995, 1997).

Les recherches sur le changement d'attitude suite à des messages persuasifs apportent un autre éclairage à ces théories en analysant encore plus finement le processus de réception. Dans leurs modèles initiaux, CHAIKEN (1987) ainsi que PETTY et CACIOPPO (1986) présentent deux voies qui conduisent à changer d'attitude à la suite de l'exposition à des messages persuasifs. Si l'individu est fortement impliqué et donc motivé par le thème du message, il va traiter en détail -et souvent de façon logique- le contenu argumentaire (voie centrale de Petty et Cacioppo ; traitement systématique de Chaiken). S'il n'est pas intéressé par le sujet et non impliqué, il va traiter plus rapidement d'autres éléments que le contenu argumentaire : la sympathie ou la crédibilité de l'orateur, la forme du message... (voie périphérique ou traitement heuristique).

Cependant, ce dernier modèle de persuasion ne peut expliquer les résultats de plusieurs autres expériences sur les messages d'appel à la peur. Ce n'est que plusieurs années plus tard que les psychologues sociaux ont réussi à démontrer ce que l'on pressentait alors, c'est-à-dire l'existence d'une troisième voie : le traitement central biaisé (CHAIKEN et al., 1996 ; GLEICHER et PETTY, 1992 ; LIBERMAN et CHAIKEN, 1992 ; PETTY et al., 1997). Lorsqu'il est fortement impliqué et lorsqu'il cherche à contrôler la peur générée par le message, le sujet traite le contenu argumentaire de manière biaisé : il s'arrangera pour que la réponse finale, issue de ses traitements, conforte son point de vue initial et ne le fasse changer ni d'avis ni d'habitude (BARON et al., 1992, 1994). Les réponses, a priori illogiques, issues de ce traitement défensif et biaisé sont multiples : minimisation des risques, déni, évitement, fatalisme... Lorsque l'individu met en place un tel traitement, il peut par exemple interpréter les informations de manière à ce que ses conclusions le confortent dans son point de vue initial. Refusant d'accepter le message, il est hautement improbable qu'il change son comportement à risque.

Cette voie centrale biaisée explique parfaitement pourquoi, dans l'utilisation de message d'appel à la peur, il convient de bien différencier comportement de détection et comportement de prévention (voir également GIRANDOLA, 2000). Prenons le cas où on vise, par un message, à inciter un individu à risque et se sentant très vulnérable à effectuer un test de détection du virus HIV. Il ne peut plus répondre objectivement au danger car il est bien sûr trop tard pour modifier ses comportements passés. Ressentant une émotion négative, il va alors chercher à la contrôler, c'est-à-dire la diminuer, avec ses propres mécanismes de défense. En cas de peur intense, les mécanismes comme le déni sont bien plus efficaces que ceux qui consistent à se confronter à la réalité et à suivre les recommandations. Si le message rajoute une forte peur à cette peur initiale, celui-ci ne peut que l'enfermer dans la voie du

traitement central biaisé et l'empêcher de faire ce test. Voilà pourquoi, dans les campagnes de détection, un fort appel à la peur est loin d'être la meilleure solution (LEVENTHAL et CAMERON, 1987 ; RIPPETEO et ROGERS, 1987). A l'opposé, dans les campagnes de prévention, quand il s'agit par exemple d'inciter les personnes à utiliser des préservatifs, une forte menace est plus efficace : les recommandations sont simples à suivre et efficaces pour un coût peu élevé. Comme la peur ne perturbe pas la réception, le traitement central du message c'est-à-dire la voie du contrôle du danger est alors privilégiée (WITTE, 1992a).

Une expérience sur l'appel à la peur et la répétition des messages

En optimisant le taux de répétition, le plan médias d'une campagne de communication de santé publique prévoit de transmettre plusieurs fois le même message à la même cible (RICE et ATKIN, 2001). Dans sa vie quotidienne, un citoyen est donc exposé plusieurs fois à un même message persuasif, par exemple pour l'arrêt du tabac. A notre connaissance, aucune recherche ne s'est intéressée à la fois à l'impact de la répétition des messages d'appel à la peur et à l'interaction de cette répétition avec le degré d'appel à la peur manipulé. L'expérience suivante a donc été réalisée pour combler partiellement ce manque. S'inscrivant dans le cadre théorique précédemment construit par les modèles de Leventhal et Witte, son principal objectif est de montrer que plus les récepteurs sont exposés de manière répétée à des textes fortement menaçant, plus ils ont l'intention d'arrêter de fumer, à condition qu'ils contrôlent leur peur. S'ils ne parviennent pas à diminuer leur peur, ils n'auront pas l'intention d'arrêter de fumer. Outre son objectif scientifique et dans la logique des travaux de Witte, l'expérience doit pouvoir aider les praticiens de la communication de santé publique. Les variables manipulées doivent être des variables pertinentes pour ces derniers ; les outils de mesure simples et susceptibles d'être réutilisés par les professionnels.

Dans ce but, nous mobilisons le concept psychologique d'optimisme comparatif. L'optimisme comparatif est la tendance à évaluer son propre avenir plus favorablement que l'avenir d'autrui (MILHABET et al., 2001 ; WEINSTEIN, 1980). C'est un mécanisme affectif et cognitif qui permet au récepteur de diminuer la peur qu'il ressent à la suite du traitement d'un message mettant en évidence un danger pour sa propre personne. KIRSCHT et al. (1966) ont montré que les gens, d'une part, se sentent relativement invulnérables lorsqu'un événement est perçu comme très menaçant. A contrario, ils considèrent les autres comme étant bien plus vulnérables qu'eux. A la suite de la réception de messages de communication, lorsque l'on constate un fort optimisme comparatif, cela signifie que le sujet a tout d'abord ressenti de la

peur, puis qu'il serait parvenu à la diminuer par un mécanisme cognitif du type : " ce danger me concerne peu : les autres sont bien plus vulnérables que moi ; je suis plus protégé que les autres ". En suivant les modèles de Leventhal et Witte, présentés ci-dessus, une fois la peur contrôlée, le sujet peut traiter de manière plus efficace la menace : plus le message montre concrètement le danger, plus il est répété et plus le sujet aurait l'intention d'arrêter d'adopter un comportement sécuritaire (les hypothèses opérationnelles sont indiquées plus loin).

Méthodologie

1) Matériel

Trois messages évoquant le risque de cancer pour le fumeur avec trois intensités d'appel à la peur : faible, modéré, assez forte ont été élaborés. En suivant NISBETT et ROSS (1980), l'opérationnalisation de ces trois niveaux d'appel à la peur s'appuie sur le critère " vivacité² (*vividness*) du message ". La vivacité, c'est-à-dire la représentation concrète et réaliste du danger, est particulièrement intéressante sur le plan théorique dans la mesure où SHERER et ROGERS (1984) ont montré que cette unique variable a un effet sur la sévérité perçue de la menace et sur la peur déclenchée chez les récepteurs. Outre sa pertinence scientifique, le niveau de vivacité des messages fait partie des préoccupations des praticiens au moment de la conception. Les textes 1, 2 et 3 des messages suivants figurent en annexe :

- Dans le message de faible vivacité : texte seul d'une demi-page qui évoque explicitement la mort, les souffrances, les risques de cancer (texte 1).
- Le message de moyenne vivacité : même texte que précédemment avec quelques figures de rhétorique effrayantes en plus (e.g. nombre de décès par jour) et deux photographies noir et blanc d'un cancer de la langue (texte 2).
- Le message d'assez forte vivacité : les deux photographies précédentes sont en couleurs et très réalistes (texte 3).

Nous nous sommes assurés que les trois messages véhiculent effectivement, d'une part, trois degrés de menace de force croissante et, d'autre part, trois degrés (faible, moyenne, assez forte) d'émotions négatives grâce à un pré-test³ réalisé auprès d'un échantillon de 115

² Traduction proposée pour *vividness*.

³ Le pré-test été conçu à l'aide des échelles du Self-Assessment Manikin (Bradley & Lang, 1994) complétées par des échelles sémantiques de mesure des affects négatifs en 6 points. Nous avons retenu trois items pertinents avec le propos de cette étude : la gêne, l'embarras et le malaise. Après lecture d'un des trois messages, les sujets du pré-test répondaient à cette série de questions. Les résultats montrent un effet principal significatif sur toutes les échelles : la gêne ($F(2, 104) = 7.78, p < .001$), l'embarras ($F(2, 104) = 10.75, p < .001$), le malaise ($F(2, 104) = 3.6, p < .001$), le plaisir ($F(2, 104) = 8.72, p < .001$) et l'activation ($F(2, 104) = 5.13, p < .01$). Quelle que soit l'échelle traitée, le message de faible vivacité est toujours significativement différent du message de forte vivacité. Le message le plus fort génère toujours davantage " d'affects négatifs " que le message le plus faible. Les

étudiants fumeurs de l'Université de Nice (France), constitué d'un nombre identique d'hommes et de femmes âgés de 18 à 24 ans. C'est l'expérimentateur qui repéré ces étudiants fumeurs directement sur le site universitaire.

2) Sujets et méthode de recrutement

L'expérience est présentée à 108 autres sujets expérimentaux, étudiants fumeurs de cette même université, âgés de 18 à 24 ans, hommes et femmes. Au sein du site universitaire, l'expérimentateur repère les étudiants qui fument. Il les aborde afin de prendre rendez-vous pour une soi-disant expérience sur les relations entre astrologie, psychologie et effets de distraction. Les sujets qui ont accepté doivent donc répondre, au cours de ce rendez-vous, à une série de questions sur l'astrologie. La grande majorité des expérimentations, par exemple en psychologie sociale, utilise cette procédure : en expliquant les réels buts de la recherche à la fin des passations, on élimine des éventuels biais expérimentaux liés à la reconnaissance des objectifs de l'étude⁴.

3) Plan d'expérience, procédure et questionnaire

Le plan d'expérience est un plan 3 (forte vivacité *Vs.* vivacité modérée *Vs.* faible vivacité) X 2 (une exposition *Vs.* cinq expositions). Les individus sont répartis de manière aléatoire dans six groupes et doivent, tout d'abord, répondre à une série de questions sur l'astrologie. Ils sont interrompus par la présentation d'un texte à lire (les textes expérimentaux sur le lien entre tabac et cancer) dans le soi-disant but de leur faire faire une pause dans leur travail sur l'astrologie. A la fin de la lecture, tous les sujets de l'étude répondent à trois questions (variables dépendantes). En plus de leur validité scientifique, nos instruments de mesure doivent, en outre, être économiques et facilement utilisables par les praticiens de la communication de santé publique : nous optons donc pour des échelles de mesure verbale. Deux mesures de vulnérabilité sont recueillies sur des échelles en pourcentage (de 0 " pas du tout probable " à 100 " tout à fait probable "). Les sujets estiment : 1) le risque pour soi de contracter un cancer (vulnérabilité pour soi en % ; i.e., " A combien, en pourcentage, estimez-vous le risque que vous ayez un jour un cancer ? ") et 2) le risque encouru par un(e) étudiant(e) de même âge de contracter un cancer (vulnérabilité pour autrui en % ; i.e., " A

messages faible et modéré se différencient sur les échelles d'embarras, de malaise et de plaisir au seuil $p < .01$ et sur l'échelle de gêne ; $p = .05$. Les émotions négatives générées par le message modéré (telle la gêne) sont plus fortes que celles du message de forte vivacité ($p = .05$).

combien, en pourcentage, estimez-vous le risque qu'un(e) étudiant(e) de même âge que vous ait un jour un cancer ? ”). Ces questions permettent notamment d'exprimer les résultats en termes d'optimisme comparatif (OC). Elles donnent la possibilité de calculer la différence entre les estimations de risque perçu pour autrui et les estimations de risque perçu pour soi. Théoriquement, une valeur positive à cette soustraction indique une tendance à l'optimisme comparatif. La troisième mesure, l'intention d'arrêter de fumer, est recueillie sur une échelle d'attitude en 6 points de “ pas du tout ” à “ absolument ” (i.e., “ Avez-vous l'intention de vous arrêter de fumer ? ”).

Les trois premiers groupes sont exposés une seule fois respectivement aux textes 1, 2 et 3. Les trois groupes suivants sont exposés cinq fois au même texte : soit cinq fois au texte 1, soit cinq fois au texte 2, soit cinq fois au texte 3. Dans la condition "cinq expositions", ils interrompent leur travail sur l'astrologie cinq fois pour lire à chaque fois le même message sur les dangers du tabac. A la fin de la séance, les sujets répondent tous au même questionnaire. Dans un *débriefing* post-expérimental, les réels buts de la recherche sont expliqués aux participants.

4) Hypothèses et objectifs opérationnels

Une fois ce cadre expérimental mis en place, on peut envisager l'étude et les résultats selon deux optiques différentes, intéressant soit la psychologie sociale, soit la recherche en communication. Avec une optique analysant les résultats en terme de comparaison sociale et de perception individuelle du risque, la démarche est plutôt psychosociale (voir Courbet et al. 2002). En analysant le processus de réception et le processus d'influence des messages de communication de santé publique, on se place ouvertement dans le domaine des sciences de la communication. C'est uniquement cette deuxième optique que nous proposons ici.

Ainsi, nous émettons l'hypothèse que l'individu met en place un mécanisme de défense psychologique contre ses affects négatifs en cas d'assez forte vivacité d'un message répété. Ils seront immédiatement diminués par un fort optimiste comparatif. En outre, la maîtrise des affects négatifs grâce à l'OC s'effectuant de manière autonome par rapport au traitement de la menace elle-même, nous nous attendons à ce que plus la vivacité est forte et répétée, plus les individus ont l'intention d'arrêter. Outre ces deux hypothèses, l'objectif général, plus exploratoire, est

⁴ Les résultats des recherches ne subissent pas les effets de cette pratique puisque la méthode expérimentale repose sur la logique de comparaison de groupes de sujets qui sont tous placés dans les mêmes conditions : seules les variables indépendantes changent. C'est le principe de “ l'équivalence sur biais ” (voir ROBERT, 1988, p. 79 à p. 112)

d'étudier les effets de la répétition de messages montrant différents aspects concrets des conséquences de l'acte sur l'OC et sur les intentions comportementales.

Résultats et discussion

Les résultats concernant l'intention de s'arrêter de fumer sont globalement conformes à nos attentes. Une analyse de variance (ANOVA) montre que la répétition joue un rôle important sur l'intention comportementale. Les sujets ont davantage l'intention de s'arrêter de fumer après cinq lectures du message ($M = 3.89$) qu'ils n'ont l'intention de le faire suite à une seule exposition ($M = 2.85$). Toutefois, cet effet dépend de la vivacité du message, $F(1, 102) = 8.58$, $p < .001$ (Cf., Tableau 1). Les sujets ont particulièrement l'intention de s'arrêter de fumer lorsque le message à assez forte vivacité est répété cinq fois. L'intention d'arrêter est plus élevée dans ce cas que suite à une seule exposition du message d'assez forte vivacité ($p < .001$) ou que suite au message de faible vivacité répété ($p < .001$).

Tableau 1. Moyennes (M) et écart-types (E.T.) de l'intention comportementale pour l'interaction " Vivacité x Répétition "

Répétition du Message	Vivacité Faible		Vivacité Moyenne		Vivacité Assez Forte	
	M	(E.T.)	M	(E.T.)	M	(E.T.)
Une exposition	3.28 a	(1.45)	2.56 a	(1.25)	2.72 a	(.89)
Cinq expositions	3.06 a	(1.3)	3.94 ab	(1.06)	4.67 b	(.84)

Légende. Le test statistique utilisé est l'ANOVA. Une lettre commune symbolise l'absence de différence statistique entre deux moyennes (les comparaisons s'effectuent par ligne ou par colonne), $p < .05$.

C'est pour le message d'assez forte vivacité ainsi que pour le message de faible vivacité que l'OC est le plus grand. Ce dernier dépend cependant de la répétition du message (Cf., Tableau 2). Ce résultat est illustré par un effet d'interaction entre la répétition du message et le degré

de vivacité sur la mesure d'OC. On constate également que ce sont les sujets les plus optimistes comparatifs qui ont le plus l'intention de s'arrêter de fumer.

Tableau 2. Moyennes (M) et écart-types (E.T.) de la différence d'estimation de la vulnérabilité entre Autrui et Soi (i.e., OC) pour l'interaction " Vivacité x Répétition ".

Répétition du Message	Vivacité Faible		Vivacité Moyenne		Vivacité Assez Forte	
	M	(E.T.)	M	(E.T.)	M	(E.T.)
Une exposition	12.28 a	(30.94)	-.5 a	(22.1)	-1.39 a	(13.59)
Cinq expositions	-.06 a	(20)	3.89 ab	(17.45)	21.11 b	(20.48)

Légende. Le test statistique utilisé est l'ANOVA. Une lettre commune symbolise l'absence de différence statistique entre deux moyennes (les comparaisons s'effectuent par ligne ou par colonne), $p < .05$.

Pour expliquer les résultats, nous partons du principe qu'une assez forte peur diminue les capacités du sujet à s'engager dans un traitement central objectif des arguments (BARON et al., 1994 ; CHAIKEN et al., 1996). Dit plus simplement, la peur perturbe le traitement efficace du message. Dans cette expérience, face à la peur déclenchée par le message, l'individu met en place un traitement pour la contrôler ou la diminuer : plus le degré de danger est fort dans le message et plus ce dernier est répété, plus la peur ressentie croît et plus le sujet met en place, de manière automatique, un traitement défensif : il est alors optimiste et pense alors qu'il est moins vulnérable au cancer que les autres.

Conformément à nos attentes, les résultats montrent que l'intention de s'arrêter de fumer est plus grande pour les messages d'assez forte vivacité répétés, d'une part, par rapport à ceux qui ne sont pas répétés et, d'autre part, par rapport aux messages de faible vivacité répétés. Ainsi, comme le constatent également SPIRA et BAJOS (1993), l'intention d'adopter des comportements sécuritaires peut être élevée alors que l'OC est fort. Les sujets se montrent plus optimistes comparatifs et davantage prêts à changer de comportements pour des

comportements plus sécuritaires lorsqu'il y a répétition d'un message montrant concrètement les conséquences de l'acte. En revanche, la répétition n'a pas les mêmes effets lorsque le message est de faible vivacité. Ainsi, ces résultats sont compatibles avec l'explication suivante. Les deux voies développées par LEVENTHAL (1970) et WITTE (1992a) semblent avoir été non pas suivies isolément, mais simultanément, par un même sujet exposé aux messages. En effet, avec une seule apparition, le texte 1 déclenche une très faible peur ; le texte 2 une faible peur ; le texte 3, une peur relativement moyenne. Dans ce cas, quel que soit le type de textes, le sujet ne ressent jamais une forte peur : il est en effet relativement habitué à entendre ce type d'argumentaire associant tabac et cancer. Or le mécanisme d'optimisme comparatif se met en place uniquement à partir d'un niveau de peur " assez fort ". Sans la répétition, la variation d'optimisme comparatif ne s'observe pas. La peur moyenne, obtenue par texte 3, va cependant perturber le traitement du message. Celle-ci diminue les capacités du sujet à traiter centralement. L'individu traite par heuristiques et la persuasion n'opère pas : on trouve une faible intention d'arrêter de fumer. Avec une seule exposition, le message évoquant une faible menace est alors le plus persuasif. Le haut niveau de peur déclenchant le mécanisme d'optimisme comparatif est obtenu avec les répétitions du message " très vivide ". Le récepteur engage alors immédiatement un processus de diminution de la peur. Une fois la peur davantage contrôlée, c'est-à-dire largement diminuée, il a alors les capacités pour s'engager dans un traitement central du contenu. La voie du contrôle du danger opère quasi en parallèle : au final, le sujet a une forte intention d'arrêter de fumer.

Ainsi, le danger assez fortement représenté n'a été efficace sur l'intention d'arrêter de fumer qu'avec plusieurs répétitions du message. Ainsi, plus le danger est prégnant et plus la répétition des expositions s'accroît, plus le sujet met en place un processus de diminution de la peur (augmentation de l'optimisme comparatif) et plus il va avoir l'intention d'arrêter de fumer. Dans cette expérimentation, on trouve ainsi chez les sujets une apparente contradiction interne. Les récepteurs qui se sentent les plus vulnérables, et qui sont donc les plus pessimistes quant au fait d'avoir un cancer, sont ceux qui n'ont pas l'intention d'arrêter de fumer. Les sujets qui se sentent les moins vulnérables (les plus optimistes) auront, quant à eux, une forte intention d'arrêter de fumer. Ces résultats observés sur l'optimisme comparatif semblent renforcer l'idée de l'existence de différents types de réponses faisant suite à la mise en place de traitements centraux biaisés.

Même si la validité interne semble bonne, nous limitons la portée de ces résultats à la population étudiée et à nos seules conditions expérimentales. Pour généraliser les résultats et accroître la validité externe, il conviendrait de répliquer l'expérience directement dans une

situation de la vie quotidienne. Il serait en outre intéressant d'augmenter le temps entre chaque exposition, d'étudier la persistance temporelle de ces effets ainsi que le lien attitude-comportement réel.

Nouvelles perspectives de recherche

Ces résultats ouvrent deux types de perspectives pour les recherches dans ce domaine. En effet, nous comptons poursuivre cette recherche en étudiant le rôle de la peur, de l'optimisme comparatif et de la répétition des messages dans les cas où il est extrêmement difficile d'arrêter de fumer. Les recherches en communication ont effectivement démontré l'absence d'efficacité de la communication de santé publique utilisant l'appel à la peur dans deux situations : le cas où l'acte de fumer est important pour l'identité de l'individu et le cas où la personne est, dans sa vie, régulièrement à la recherche de sensations.

Considérée dans le modèle de ROGERS (1983) comme faisant partie des bénéfices intrinsèques, la forte pertinence de l'acte de fumer dans l'image de soi conduit l'individu à résister à toute forme de peur, forte comme faible. Liée aux théories de l'évaluation de soi (ARONSON et al., 1999 ; SHERMAN et al. 2000), la pertinence (*personal relevance*) est forte pour une personne si elle utilise l'acte de fumer pour décrire sa propre identité (FALOMIR et INVERNIZZI, 1999). Plus le comportement en question est central dans l'image qu'il a de lui-même, c'est-à-dire plus le comportement est pertinent pour lui et moins le message visant à supprimer ce comportement est influent (LIBERMAN et CHAIKEN, 1992 ; MORRIS et SWAN, 1996). Pour préserver son identité, la personne a tendance à rejeter le message et donc à ne pas changer sa conduite qui lui apporte de forts bénéfices positifs.

WITTE et MORISON (1995) ont également mis en évidence une caractéristique personnelle susceptible de considérablement freiner l'efficacité des messages d'appel à la peur : la recherche de sensations. Recherchant fréquemment la prise de risques et les expériences nouvelles fortement stimulantes, ces personnes ne sont, par exemple, pas sensibles aux messages ayant pour but de faire utiliser des préservatifs pour se protéger contre le VIH et ce quel que soit le niveau de peur. A l'opposé, les individus n'étant pas particulièrement à la recherche de sensations sont beaucoup plus influençables. Dans ces deux cas, il s'agit d'analyser plus en détail les processus de réception alors en route et d'expliquer plus finement les raisons de cette résistance.

Conclusion

Pour expliquer l'efficacité et le processus d'influence psychosociale des messages d'appel à la peur utilisés dans les campagnes de santé publique, il s'agit donc de prendre en compte les multiples facteurs en interaction. Ainsi, l'efficacité est optimale lorsque le message décrit parfaitement la sévérité de la menace et montre bien la vulnérabilité de toute personne, sans exception. Les recommandations permettant de lutter contre la menace doivent alors être claires. Si le message montre que ces recommandations sont à la fois efficaces et facilement mises en place par tous, alors une campagne générant une forte peur est pertinente. Ainsi, le récepteur aura une forte probabilité de s'engager dans la voie du contrôle du danger et non dans l'unique voie du contrôle de la peur. En suivant GIRANDOLLA (2000), il convient également de différencier les intentions conatives liées à un comportement de détection et celles liées à un comportement de prévention. Pour les premières, une faible menace est plus efficace alors que pour les secondes, une forte menace est plus efficiente. Notre expérience semble montrer que, dans ce dernier cas, un fort appel à la peur est efficace si le message est répété. Si on ne peut exposer qu'une seule fois le récepteur au message, il vaut alors mieux générer une faible peur. L'utilisation d'une peur extrême est, nous semble-t-il, à bannir. En effet, le processus de réception et d'acceptation est interrompu par le sujet effrayé qui ne souhaite plus allouer de l'attention pour traiter la suite du message. Utiliser ce type de peur est en outre éthiquement problématique : on provoque une peur intense chez les personnes exposées également aux messages mais non concernées par le problème (e.g. les non-fumeurs qui regardent la TV). Un dernier cas où l'appel à la peur est inefficace : lorsque le comportement est fortement valorisé par certains médias ou groupes sociaux. C'est le cas, par exemple, de la conduite à vitesse rapide ou de l'acte de fumer. L'utilisation de la peur est alors souvent peu efficace car, pour le sujet, ce comportement est une forte composante de l'image de soi.

Références bibliographiques

- ARONSON, J., COHEN, G. L. et NAIL, P. R. (1999), Self-affirmation theory: A current perspective, dans L. BERKOWITZ (dir.), *Advances in experimental social psychology*, 4, pp. 1-34, New York: Academic Press.
- BARON, R., INMAN, M., KAO, C. et LOGAN, H (1992), Emotion and superficial social processing, *Motivation and Emotion*, 16, 323-345.
- BARON R., LOGAN, H., LILLY, J., INMAN, M. et BRENNAN, M. (1994), Negative emotion and message processing, *Journal of Experimental Social Psychology*, 21, 181-202.
- BEAUVOIS, J-L. et JOULE, R-V. (1995), *A Radical Dissonance Theory*, Harvester, Londres.
- BLOCK, L. G. et KELLER, P.A. (1995), When to accentuate the negative: The effect of perceived efficacy and message framing on intentions to perform a health-related behavior, *Journal of Marketing Research*, 32, 192-203.
- BLOCK, L. G. et KELLER, P.A. (1997), Effects of self-efficacy and vividness on the persuasiveness of health communications, *Journal of Consumer Psychology*, 6, 31-54.
- BRADLEY, M. M. et LANG, P. J. (1994). Measuring emotion : the self-assessment manikin and the semantic differential, *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 1, 49-59.
- BRYANT, J. et THOMPSON, S. (2001), *Fundamentals of Media Effects*, NY: McGraw-Hill.
- CHAIKEN, S. (1987), The heuristic model of persuasion, dans ZANNA, M.P., OLSON, J.M. et HERMAN, C.P. (dir.), *Social influence : The ontario symposium* (vol. 5, pp. 3-39), Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- CHAIKEN, S, GINER-SOROLLA, R. et CHEN, S. (1996), Beyond accuracy: Defense and impression motives in heuristic and systematic information processing, dans P.M. GOLLWITZER et J.A BARGH (dir.), *The psychology of action linking cognition and motivation to behavior*, New York: Guilford Press, 553-578
- COURBET, D. (1999), *Puissance de la Télévision, Stratégies de communication et influence des marques*, Préface de J.N. Kapferer, Paris, L'Harmattan (coll. Communication et Civilisations), 473 p.
- COURBET, D., PRIOLO, D. et MILHABET, I. (2001), Communication persuasive et santé publique : effets de la vivacité et de la répétition des messages sur l'optimisme comparatif et sur l'intention comportementale, *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 14(4), 163-175.
- EAGLY, A. H. et CHAIKEN, S. (1993), *The psychology of attitudes*, Harcourt Brace Jovanovich.

- FALOMIR, J. M. et INVERNIZZI, F. (1999), The role of social influence and smoker identity in resistance to smoking cessation, *Swiss Journal of Psychology*, 58(2), 73-84.
- FLAY, B. R., DETECCO, D. et SCHLEGEL, R. P. (1980), Mass media in health promotion: An analysis using extended information processing model, *Health Education Quarterly*, 7(2), 127-147.
- FESTINGER, L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, Row Peterson.
- GIRANDOLA, F. (2000), Peur et persuasion : Présentations des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture, *L'Année Psychologique*, 100, 333-376.
- GLEICHER, F. et PETTY, R. E. (1992), Expectations of reassurance influence the nature of fear-stimulated attitude change, *Journal of Experimental Social Psychology*, 28, 86-100.
- KIRSCHT, J.P., HAEFNER, D. P., KEGELMES, S. S. et ROSENTOCK, I. M. (1966), A national study of health beliefs, *Journal of Health and Human Behavior*, 7, 248-254.
- LEVENTHAL, H. (1970), Findings and theory in the study of fear communications, dans L. BERKOWITZ (dir.), *Advances in Experimental Social Psychology*, NY: Academic Press, vol. 6, 119-186.
- LEVENTHAL, H., NERENZ, D. R. et STEELE, D. J. (1984), Illness representations and coping with health threat, dans A. BAUM, S. E., TAYLOR, et J. E. SINGER (dir.), *Handbook of psychology and health*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum, vol. 4, 219-252..
- LEVENTHAL H. et CAMERON, L. (1987), Behavioral theory and the problem of compliance, *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- LIBERMAN, A. et CHAIKEN, S., (1992), Defensive processing of personality relevant health message, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 669-679
- MILHABET, I., VERLHIAC, J. F. et DESRICHARD, O. (2001), Comparaison sociale et perception des risques : l'optimisme comparatif, dans BEAUVOIS, J. L. (dir.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, Neufchatel, Delachaux et Niestlé.
- MORRIS, K. A. et SWAN, W. B. (1996), Denial and the AIDS crisis: On wishing away the threat of AIDS, dans S. OSKAMP et S. THOMPSON (dir.), *Safer sex in the '90s: Understanding and preventing HIV risk behavior*, NY: Russel Sage.
- NISBETT, R. E. et ROSS, L. (1980), *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.
- PETTY, R. E. et CACIOPPO, J. T., (1986), The elaboration likelihood model of persuasion , dans BERKOWITZ, L. (dir.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 19, p. 123-205. San Diego, CA : Academic Press.

- PETTY, R. E., WEGENER, D. T. et FABRIGAR, L. R., (1997), Attitudes and attitude change, *Annual Review of Psychology*, 48, 609-647.
- RICE, R. E. et ATKIN, C. K., (dir.) (2001), *Public communication campaigns* (3rd edition), Thousand Oaks, CA: Sage.
- RIPPETEO, P.A. et ROGERS, R.W. (1987), Effects of components of protection-motivation theory and adaptive and maladaptive with a health threat, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 596-604.
- ROBERT, M. (dir.), (1988), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Edisem.
- ROGERS, R. W. (1983), Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revisited theory of protection motivation, dans CACIOPPO, J. T. et PETTY, R. E. (dir.), *Social Psychophysiology*, NY: Guildford, 153-176.
- ROTHMAN, A. J. et SALOVEY, P. (1997), Shaping perceptions to motivate healthy behavior : The role of message framing, *Psychological Bulletin*, 121, 3-19.
- SCHIARATURA, L. T. (2001), Les professionnels de la santé, dans MONTEIL J-M. et BEAUVOIS, J-L, (dir.), *La Psychologie sociale, tome 5 : Des compétences pour l'application* (pp. 251-262), Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- SHERER, M. et ROGERS, R.W. (1984), The role of vivid information in fear appeal and attitude change, *Journal of Research in Personality*, 18, 321-334.
- SHERMAN, D. A. K., NELSON, L. D. et STEELE, C. M. (2000), Do messages about health risks threaten the self? Increasing the acceptance of threatening health messages via self-affirmation, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 9, 1046-1058.
- SPIRA, A. et BAJOS, N. (1993). *Les comportements sexuels en France*. Paris : La Documentation Française.
- STROEBE W. et STROEBE M-S. (1995), *Social psychology and health*, Buckingham, UK: Open University Press
- WALLACK, L., DORFMAN, L., JERNIGAN, D., et THEMBA, M. (1993), *Media advocacy and public health: Power for prevention*, Newbury park, CA: Sage.
- WEINSTEIN, N. D. (1980), Unrealistic optimist about future life events, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 906-920.
- WITTE, K (1992a), Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model, *Communication Monographs*, 59, 329-349.
- WITTE, K (1992b), The role of threat and efficacy in aids prevention, *Quarterly of Community Health Education*, 12, 3, 225-249.

WITTE, K (1993), A theory of cognition and negative affect: Extending Gudykunst and Hammer's theory of uncertainty and anxiety reduction, *International Journal of Intercultural Relations*, 17, 197-215.

WITTE, K (1994), Fear Control and Danger control: A test of the extended parallel process model (EPPM), *Communication Monographs*, 61, 113-134.

WITTE, K (1998), Fear as motivator, fear as inhibitor: Using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures, dans P.A. ANDERSEN et L. K. GUERRERO (dir.), *Handbook of communication and emotion : Research, theory, applications and contexts*, San Diego (CA): Academic Press, 423-450.

WITTE, K et MORISON, K . (1995), Using scare tactics to promote safe sex among juvenile detention and high school youth, *Journal of Applied Communication Research*, 23, 128-142.

Tableaux (deux tableaux sur deux pages)

Tableau 1. Moyennes (M) et écart-types (E.T.) de l'intention comportementale pour l'interaction " Vividité x Répétition "

Répétition du Message	Vividité Faible		Vividité Moyenne		Vividité Assez Forte	
	M	(E.T.)	M	(E.T.)	M	(E.T.)
Une exposition	3.28 a	(1.45)	2.56 a	(1.25)	2.72 a	(.89)
Cinq expositions	3.06 a	(1.3)	3.94 ab	(1.06)	4.67 b	(.84)

Légende. Le test statistique utilisé est l'ANOVA. Une lettre commune symbolise l'absence de différence statistique entre deux moyennes (les comparaisons s'effectuent par ligne ou par colonne), $p < .05$.

Tableaux (suite)

Tableau 2. Moyennes (M) et écart-types (E.T.) de la différence d'estimation de la vulnérabilité entre Autrui et Soi (i.e., OC) pour l'interaction " Vividité x Répétition ".

Répétition du Message	Vividité Faible		Vividité Moyenne		Vividité Assez Forte	
	M	(E.T.)	M	(E.T.)	M	(E.T.)
Une exposition	12.28 a	(30.94)	-.5 a	(22.1)	-1.39 a	(13.59)
Cinq expositions	-.06 a	(20)	3.89 ab	(17.45)	21.11 b	(20.48)

Légende. Le test statistique utilisé est l'ANOVA. Une lettre commune symbolise l'absence de différence statistique entre deux moyennes (les comparaisons s'effectuent par ligne ou par colonne), $p < .05$.

Annexe

Textes utilisés dans l'expérience.

Les éléments rajoutés dans les textes 2 et 3 sont indiqués entre crochets.

Le tabac en 1999

Aujourd'hui il existe des faits appuyés par la recherche scientifique qu'aucune personne sensée ne nierait. Par exemple, seul un hypocrite contesterait les risques liés à la consommation de tabac. Ce dont on est sûr, c'est que le tabagisme diminue l'espérance de vie de 4 à 8 ans. De plus une étude récente a montré, par un sondage sur 1027 personnes, que 40 % des français fument [textes 2 et 3 : et surtout que le nombre de femmes qui fument a augmenté de 70 % en 15 ans].

Les risques sont clairs et précis, fumer provoque toutes sortes de cancer comme celui de la langue, de la bouche [textes 2 et 3 : de l'oesophage, du larynx], [texte 3 : du poumon et de la vessie]. La liste des maladies provoquées par cette mauvaise habitude est longue et ne concerne pas que les tumeurs. Intéressons nous au cancer, car si en 1999 tout le monde a conscience que c'est une grave infection, on oublie ce que c'est vraiment. Je vais vous le dire, c'est une pathologie qui occasionne de longues [textes 2 et 3 : et horribles] souffrances dont l'aboutissement est souvent un décès [textes 2 et 3 : qui aboutissent souvent à la mort]. [textes 2 et 3 : De nos jours 70 000 personnes meurent de ce fléau chaque année. Fumer provoque la mort] [texte 3 : dans la douleur]. On devrait toujours avoir ça en tête quand on allume une cigarette.

[texte 2 : Deux photographies en noir et blanc d'un cancer de la langue en gros plan]

[texte 3 : Deux photographies couleur et très réalistes d'un cancer de la langue en gros plan].