

Risques et communication de santé publique en contexte méditerranéen. Deux expérimentations en région PACA

Didier Courbet, Audrey Marchioli

► **To cite this version:**

Didier Courbet, Audrey Marchioli. Risques et communication de santé publique en contexte méditerranéen. Deux expérimentations en région PACA. Recherche Action en Méditerranée, CNRS Edition (sous presse), pp.57-79, 2014. <sic_01015221>

HAL Id: sic_01015221

https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_01015221

Submitted on 26 Jun 2014

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.

COURBET, D. et MARCHIOLI, A. (sous presse).

Risques et communication de santé publique en contexte méditerranéen Deux expérimentations en région PACA

Didier Courbet
IRSIC, Aix-Marseille Université

Audrey Marchioli
IRSIC Aix-Marseille Université
I3M Université de Nice-Sophia-Antipolis

Les campagnes de communication de santé peuvent être définies comme des actions conçues par divers types d'organisations (ministères, organismes publics, associations d'utilité publique, etc.), dont l'objectif est d'utiliser des dispositifs communicationnels afin de former, modifier ou renforcer des représentations sociales, attitudes, affects, jugements et comportements liés à la santé¹ personnelle et/ou publique (lutte contre le tabagisme, l'obésité, l'alcoolisme, le sida, la toxicomanie...). Les dispositifs communicationnels, contenant notamment des informations persuasives, utilisent des médias, de masse ou non, interactifs (permettant participations et interactions psychomotrices, comme Internet) ou non, et des moyens de communications interpersonnelles. Les campagnes, planifiées à l'aide d'un « plan-médias », définissant notamment les types de supports, le calendrier et le taux de répétition des messages, sont adressées à une audience relativement large et bien définie.

Dans une importante synthèse de recherches, Nation et al. (2003) ont analysé les facteurs et conditions qui conduisent au succès des campagnes de prévention des risques. Parmi ceux-ci, trois intéressent particulièrement les chercheurs qui effectuent des recherches-actions en communication de santé publique en contexte méditerranéen. Premièrement, pour qu'une campagne de communication de santé publique réussisse, les médias et les messages utilisés doivent prendre en compte la culture des personnes ciblées, c'est-à-dire les normes, valeurs, croyances et pratiques spécifiques à la communauté culturelle. Une même opération de communication peut être un succès dans un pays et un échec dans un autre en raison de différences culturelles. Cette condition est primordiale pour les chercheurs travaillant dans la zone méditerranéenne qui compte plus de 20 pays, répartis sur trois continents (Europe, Asie, Afrique) et une multitude de cultures et sous-cultures différentes. Mieux on connaît les particularités psychologiques et sociales des cultures ciblées, leurs représentations quant aux risques sanitaires (Kouabenan et al., 2007 ; Kouabenan et Lemoine, 2001), plus grandes seront les chances de concevoir des campagnes adaptées et efficaces.

Deuxièmement, plus une campagne est basée et guidée par des théories scientifiquement validées, plus elle a de chances de réussir. Dans le domaine de la santé, on dispose effectivement de telles théories. En effet, depuis une cinquantaine d'années, de nombreuses recherches expérimentales et empiriques ont permis d'élaborer des théories permettant de mieux comprendre les facteurs et processus impliqués dans la réception et l'influence des campagnes de santé (voir Cappella et Rimer, 2006).

Troisièmement, pour qu'une campagne de communication de santé publique réussisse, il convient de ne pas se cantonner à un seul mode d'intervention, comme ce pourrait être le cas avec des

¹ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

messages visant uniquement à changer les attitudes et représentations sociales liées aux risques sanitaires. En effet, il ne faut pas oublier que l'objectif ultime d'une campagne est d'instaurer des conduites humaines sociales qui soient bénéfiques pour la santé. Pour l'immense majorité des communicants, il est très difficile de directement modifier des conduites inadaptées avec des messages médiatiques. Voilà pourquoi, par défaut, ils passent par des objectifs intermédiaires en tentant de modifier les cognitions et représentations sociales liées aux risques et les intentions d'agir des personnes, pour que, ensuite, elles modifient leur comportement. Ainsi, pour les professionnels de la communication, il existe deux grands modes d'action différents, chacun sous-tendu par un « modèle d'influence » (Marchioli, 2010). Dans le premier mode d'action, les campagnes médiatiques agissent d'abord sur les représentations sociales et attitudes liées aux risques (« fumer n'est pas bon car cela provoque de graves cancer »). Ces changements dans « l'esprit » inciteraient, ensuite, à modifier les intentions comportementales (« il faut que j'arrête de fumer ») puis les actes néfastes. Dans le deuxième mode d'action, des dispositifs non médiatiques, notamment basés sur de la communication interpersonnelle, doivent être mis en oeuvre pour toucher plus directement les comportements effectifs, par exemple sur les lieux mêmes où se déroulent les conduites à risque (opération pour lutter contre l'alcoolisme au volant dans les boîtes de nuit). Dans le chapitre, nous montrerons qu'il est possible avec des campagnes médiatiques d'agir plus directement sur les comportements.

L'objectif de ce chapitre est de montrer comment le programme de recherche que nous développons se base sur ces trois conditions pour contribuer à améliorer les connaissances liées à la communication de santé publique. Nous illustrerons par deux recherches expérimentales réalisées dans la région azurée. La première expérience porte sur la communication médiatique destinée à lutter contre le tabagisme en agissant, avant tout, sur les représentations sociales du risque et les attitudes des personnes. Elle étudie notamment les liens qui existent chez les fumeurs entre la peur du cancer, le fait de se rassurer en pensant que les autres ont plus de chance d'avoir un cancer que soi et l'intention d'arrêter de fumer. La seconde expérience s'intéresse à la communication de prévention du sida visant à agir plus directement sur les comportements de protection et l'utilisation de préservatifs. Elle montre notamment qu'en faisant faire certains "mini-actes" particuliers à des personnes via un dispositif communicationnel interactif, on agit plus efficacement sur les comportements de protection et les cognitions qui y sont associées. Dans les deux expériences, les dispositifs médiatiques construits sont basés sur des théories scientifiques : les théories de la communication persuasive et de l'appel à la peur pour la première expérience ; le concept de communication engageante, associant théories de la communication persuasive et théorie de l'engagement, pour la seconde.

1) La construction culturelle et médiatique des risques varie selon les pays méditerranéens

Construisant ses propres perceptions des risques et de leur sévérité, chaque culture n'entretient pas les mêmes liens avec les différents types de risques sanitaires (Combs et Slovic, 1979 ; Perretti-Watel, 2000). En raison de cette construction socio-culturelle, la sévérité d'un même risque sanitaire peut être perçue comme négligeable dans une culture et très importante dans une autre. Le lien qu'entretient une culture avec les risques, notamment ceux liés à la santé, est une composante fondamentale d'une des quatre dimensions qui caractérisent, pour Hofstede et Minkov (2010), une culture nationale² : la propension à écarter l'incertitude. Cette dernière exprime la manière dont les

² Pour Hofstede (Hofstede et Minkov, 2010), la culture est une programmation mentale collective propre à un groupe de personnes qui les distingue d'un autre groupe. Dans la théorie initiale d'Hofstede, les cultures nationales diffèrent entre elles selon quatre dimensions, chacune mesurable et quantifiable : 1) la distance hiérarchique, les rapports de pouvoir (faible distance hiérarchique, c'est-à-dire volonté d'atténuer les inégalités vs forte distance hiérarchique, c'est-à-dire acceptation des inégalités) ; 2) la propension à écarter l'incertitude (faible, c'est-à-dire acceptation de l'incertitude face à l'avenir vs forte, c'est-à-dire possibilité de « déterminer » l'avenir) ; 3) l'individualisme vs collectivisme (« l'individu d'abord » vs « le groupe d'abord ») ; 4) la masculinité vs féminité (centrée

cultures réagissent et acceptent les incertitudes et les ambiguïtés inhérentes à la vie quotidienne. Dans les cultures à faible propension à écarter l'incertitude les personnes prennent la vie comme elle se présente et sont capables de prendre facilement des risques. À l'opposé, les cultures à forte propension à écarter l'incertitude ont un grand besoin de contrôler l'environnement, les situations et les risques, notamment par des lois et règlements. Dans la zone méditerranéenne cohabitent des pays dont la propension à écarter l'incertitude, mesurée par un index (l'UAI, *Uncertainty Avoidance Index*) varie considérablement : 35 pour le Royaume Uni (présent à Gibraltar ; le Royaume Uni a un des scores les plus bas du monde), 68 pour l'Égypte et la Libye, 86 pour La France et 112 pour la Grèce. Ce dernier pays a le score le plus élevé du monde³. Dans un contexte de santé, il n'est donc pas étonnant que les liens et les communications entre les citoyens et les « soignants », varient également selon les cultures au sein d'un même continent, comme l'Europe (Meeuwesen, van den Brink-Muinen et Hofstede, 2009).

Outre le facteur culturel, les médias jouent également un rôle dans la perception sociale des risques. Selon le principe de l'amplification sociale du risque, au sein d'un pays, plus les médias parlent d'un risque sanitaire donné, plus ce dernier est perçu comme important et dangereux pour les habitants du pays (Kasperson et Kasperson, 1996).

Si la perception d'un même risque sanitaire varie selon les cultures, existe-t-il aussi des différences interculturelles dans la réception et l'influence des campagnes de communication persuasive ? En s'appuyant sur les quatre dimensions de la culture d'Hofstede et Minkov (2010), plusieurs recherches ont montré que les effets des communications persuasives varient également selon les cultures. Ainsi, par exemple, les personnes issues d'une culture à forte distance hiérarchique, à forte propension à écarter l'incertitude et collectiviste (comme la culture thaïlandaise) sont davantage persuadées par des messages signés par des sources expertes que des personnes issues de culture à faible distance hiérarchique, à faible propension à écarter l'incertitude et individualiste (comme la culture canadienne). À l'inverse, dans ce dernier type de culture, les personnes sont plus influencées par la force des arguments par rapport aux personnes du premier type de culture (Pornpitakpan et Francis, 2001). Cependant on manque de recherches comparant les mécanismes de persuasion entre cultures différentes dans le contexte méditerranéen.

Le double rôle culturel et médiatique dans la construction sociale des risques sanitaires nécessite une parfaite connaissance des comportements et représentations sociaux liés à chaque risque dans le pays en question avant de construire une stratégie de communication de santé publique. Cette nécessité est d'autant plus marquée que, selon la culture de la cible, les mécanismes menant à la persuasion et au changement de comportement sont différents.

2) Cadrage et rôle de la peur dans la communication de santé publique

Une question fondamentale dans la conception des messages concerne « le cadrage » : faut-il montrer les conséquences positives des comportements sécuritaires (« arrêter de fumer donne une meilleure forme physique ») ou les conséquences négatives des comportements à risque (« fumer provoque le cancer ») ? Pour répondre à cette question, il est indispensable d'étudier au préalable comment la culture du pays ciblé a construit le risque lié au tabac. Ensuite seulement, on peut se référer aux théories et résultats expérimentaux pour construire une campagne de communication de lutte contre le tabac.

Les résultats expérimentaux mettent en évidence que les messages avec un cadrage négatif sont plus efficaces lorsque des personnes considèrent leurs conduites comme risquées. Des messages avec cadrage positif sont plus persuasifs lorsque les comportements sont considérés comme peu ou pas risqués. Par exemple, si de jeunes étudiants sont persuadés qu'à leur âge ils peuvent avoir une maladie coronarienne, un message avec cadrage négatif (*vs* positif) augmente (*vs* diminue) leur

sur : la raison, la réalisation matérielle, l'argent, l'affirmation de soi... *vs* centrée sur : l'intuition, les relations humaines, la qualité de vie, le souci d'autrui...). Récemment, Hofstede a ajouté une cinquième dimension.

³ Source : Hofstede et Minkov (2010), mises à jour sur http://www.geert-hofstede.com/hofstede_dimensions.php (consulté le 13 mars 2011).

intention de mesurer leur taux de cholestérol. Lorsque les étudiants pensent que seules les personnes plus âgées risquent d'avoir une maladie coronarienne, leur intention de dépister leur cholestérol est plus élevée (*vs* plus faible) lorsque le message a un cadrage positif (*vs* négatif) (Meyerowitz, Wilson et Chaiken, 1991). Les effets du cadrage sont également déterminés par l'implication des personnes (Rothman et al., 2006). Lorsqu'elles sont intéressées et impliquées par le thème, 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 plus efficace qu'un cadrage positif où on montre les avantages du comportement (« si vous mettez votre ceinture de sécurité, vous avez des chances de vous en sortir indemne »). Lorsque les personnes sont faiblement intéressées et faiblement impliquées, le cadrage positif est plus efficace (Block et Keller, 1997). Plus généralement, plus le cadrage est négatif, c'est-à-dire plus le risque est montré comme étant important et personnellement pertinent, plus il peut provoquer de la peur chez les récepteurs. Devant les forts enjeux de santé publique, nombre de campagne de santé publique dans les pays méditerranéens génèrent un haut niveau de peur. Or il faut considérer des facteurs culturels car chaque culture ne réagit pas de la même manière. Cette peur est-elle efficace ? Quel rôle a-t-elle dans le processus de réception et d'influence ?

La peur est définie comme une réaction affective évaluée négativement, accompagnée d'un haut niveau d'éveil et générée par l'identification d'une menace personnellement pertinente (Courbet, 1999, p. 244). Face à un message représentant un danger pour lui, le récepteur impliqué par le thème met en place deux types de réponses en parallèle, selon deux voies. Premièrement, il traite le danger lui-même et, deuxièmement, tente de diminuer la peur que déclenche le message (Leventhal, 1970). Dans le modèle étendu des réponses parallèles, Witte (1992) précise les interactions entre les deux voies et les raisons qui font s'orienter le sujet vers l'une ou l'autre. Dans la première voie, il essaye de contrôler le danger par un processus de résolution de problème. 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. Pour le modèle de Witte, les individus évaluent d'abord la menace contenue dans le message. Plus les individus se croient vulnérables face à une menace grave, plus ils sont motivés à poursuivre leurs traitements pour évaluer l'efficacité des recommandations. Si la menace est perçue comme étant improbable ou insignifiante, le sujet n'est alors plus motivé à traiter le message plus en avant et ignore l'appel à la peur. Au contraire, quand une menace est décrite comme étant crédible et pertinente (e.g., "Je suis susceptible de contracter une terrible maladie"), les individus sont effrayés. Afin de réduire leur peur, ils vont suivre les recommandations. La peur joue donc comme une motivation à suivre l'action. L'efficacité perçue (composée de l'efficacité des recommandations et de l'auto-efficacité) détermine si les individus sont plutôt motivés à contrôler le danger émanant de la menace ou plutôt motivés à contrôler leur peur de la menace. Quand les sujets croient être capables de mettre en place les recommandations contre la menace (i.e., forte auto-efficacité et forte efficacité perçue des recommandations), ils sont motivés à contrôler le danger. Ils réfléchissent alors consciemment et logiquement à des moyens de supprimer ou de faire diminuer la menace. Généralement, ils se tournent vers les recommandations du message et adoptent celles qui leurs permettent de contrôler le danger. Au contraire, quand les sujets doutent de l'efficacité des recommandations (i.e., faible efficacité perçue des recommandations) et/ou s'ils ne se sentent pas capables d'adopter les recommandations (i.e., faible auto-efficacité perçue, « je n'arrive pas à arrêter de fumer »), ils sont motivés à contrôler leur peur (car ils croient qu'il est vain de vouloir contrôler le danger). Ils développent alors différents types de stratégies pour éliminer leur peur, appelées *stratégies de coping*, comme le déni ("ce n'est pas en fumant un demi-paquet par jour que je vais contracter un cancer"), le fatalisme (« il faut bien mourir de quelque chose »), la réactance ("ils veulent supprimer

ma liberté de fumer, je vais les ignorer"), l'évitement défensif ("c'est trop effrayant, je ne vais plus y penser") ou, comme on le verra plus loin, l'optimiste comparatif. Le modèle de Witte (1992) a une double utilité scientifique et pratique puisqu'il offre aux praticiens un cadre de travail opérationnel et des outils d'aide à la conception des messages. Les appels à la peur produisent à la fois des réactions au contrôle du danger et au contrôle de la peur. Plus la menace contenue dans le message est forte, plus les individus semblent être motivés à traiter le message. Les campagnes d'appels à la peur semblent efficaces quand elles dépeignent une menace signifiante et pertinente (pour augmenter les perceptions de la sévérité et de la vulnérabilité) et quand elles décrivent des recommandations efficaces qui paraissent faciles à réaliser (pour augmenter le sentiment d'auto-efficacité et l'efficacité des recommandations). Les appels à la peur comportant une menace faible semblent produire un effet persuasif minime, voire nul. Les appels à la peur motivent le changement d'attitude, d'intentions et de comportement – surtout les appels à la peur accompagnés de messages montrant la haute efficacité des recommandations.

Cependant, les appels à la peur doivent être utilisés avec prudence, étant donné qu'ils peuvent avoir un effet « boomerang », si le public-cible ne s'estime pas capable d'écarter la menace. En résumé et à partir de la méta-analyse d'Allen et Witte (2004), il est possible de résumer des recommandations pour les professionnels de la santé :

1. Les professionnels de la santé publique peuvent concevoir des messages générant de la peur efficaces en augmentant les références à la sévérité de la menace (i.e., l'ampleur des risques encourus) et les références à la vulnérabilité des individus-cibles par rapport à la menace (i.e., leur probabilité d'expérimenter la menace). Un vocabulaire cru et des images décrivant les horribles conséquences du danger pour la santé, augmentent les perceptions de la sévérité de la menace. Un vocabulaire personnalisé (" si vous fumez dix cigarettes par jour, vous avez x % de chance de mourir d'un cancer") rend la menace plus pertinente pour les récepteurs et augmente le sentiment de vulnérabilité.
2. Les messages qui présentent un risque sérieux et pouvant se produire, sont les plus motivants. De faibles appels à la peur ne favorisent pas le changement de comportements. A contrario, une peur forte motive le changement d'attitude et conduit à une plus forte intention de modifier le comportement néfaste.
3. Les appels à la peur de forte intensité sont efficaces uniquement quand ils sont accompagnés par des messages montrant comment il faut faire pour diminuer le risque. Les sujets doivent se sentir capable de réaliser les recommandations du message (i.e., fort sentiment d'auto-efficacité). Les recommandations doivent sembler efficaces pour écarter ou faire diminuer la menace (i.e., perception d'une forte efficacité des recommandations). Pour augmenter le sentiment d'auto-efficacité, les professionnels de la santé publique doivent identifier les freins qui empêchent un individu de se sentir capable de réaliser les recommandations et inclure celles-ci directement dans le message (« vous pouvez effectivement y arriver si vous en parlez avec votre médecin »). Pour augmenter les perceptions de l'efficacité des recommandations, les professionnels de la santé doivent clairement indiquer, dans un argumentaire, comment, pourquoi et quand une recommandation élimine ou diminue les chances d'expérimenter la menace.

3) Le rôle de l'optimisme comparatif dans la réception varierait selon les pays méditerranéens

Dans certaines situations de réception, lorsque la personne est fortement impliquée et cherche à contrôler la peur générée par le message, elle peut traiter le contenu argumentaire de manière biaisé : elle s'arrangera pour que la réponse finale, issue de ses traitements, conforte son point de vue initial et ne la fasse changer ni d'avis, ni d'habitude (Lieberman, Chaiken, 1992). Les réponses, a priori illogiques, issues de ce traitement défensif et biaisé sont multiples : minimisation des risques, déni du danger, fatalisme... Parmi les réponses biaisées, une a été particulièrement étudiée. C'est lorsque la personne croit que les autres sont plus vulnérables au risque qu'elle. Elle développe alors

de l'optimisme comparatif (OC) qui est la tendance à évaluer (à tort) son propre avenir plus favorablement que l'avenir d'autrui (Weinstein, 1980 ; Milhabet 2010). L'OC permet notamment de réduire l'anxiété causée par la menace. Par exemple, Taylor et al (1992) ont montré que des hommes homosexuels séropositifs forment de l'optimisme comparatif en affirmant qu'ils ont moins de risques de développer le sida que d'autres hommes également séropositifs.

Dans le contexte de la communication de santé, l'OC est sous-tendu par des processus affectifs et cognitifs qui permettent notamment 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. Les gens qui développent de l'optimisme comparatif se sentent relativement peu vulnérables lorsqu'un événement est perçu comme très menaçant. A contrario, ils considèrent les autres comme étant bien plus vulnérables qu'eux. Selon le modèle de la voie biaisée ou défensive de Liberman et Chaiken (1992), comme les personnes refusent d'accepter le message, il est improbable qu'elles changent leur comportement à risque.

L'optimisme comparatif serait dépendant de la culture et notamment de la dimension individualiste de cette dernière. Comme l'indique Isabelle Milhabet (2010, p. 66) :

« La valorisation culturelle de la mise en avant de soi serait une condition propice à l'émergence de l'optimisme comparatif. L'optimisme comparatif serait le fait de culture individualiste alors que les cultures plus interdépendantes ne faciliteraient pas son expression ».

Or la zone méditerranéenne renferme des cultures dont les scores sur la dimension « individualiste » (mesurés par un score appelé *IDV*) vs « collectiviste » d'Hofstede sont très contrastées : 89 pour le Royaume-Uni (présent à Gibraltar), 76 pour l'Italie, 71 pour la France, 38 pour l'Égypte et la Libye, 37 pour la Turquie et 35 pour la Grèce⁴. Les cultures de ces quatre derniers pays sont plutôt collectivistes. Des études menées sur l'OC des personnes appartenant à des cultures collectivistes montrent qu'elles développent plutôt, à l'inverse, « un pessimisme comparatif » : l'avenir des autres est considéré comme « plus rose que son propre avenir ». Les réactions aux messages apeurant pourraient dès lors être considérablement différentes selon les pays méditerranéens. Cela renforce la nécessité, pour la réussite des campagnes de santé publique, d'avoir une bonne connaissance des caractéristiques psychosociales et culturelles de chaque pays.

4) La communication contre le tabagisme : une expérience sur l'appel à la peur et l'optimisme comparatif en région azurée

En France, comme dans le contexte méditerranéen, un des problèmes de santé publique récurrents est celui de la consommation de tabac. Environ 27% des adultes français fument quotidiennement. En 2010, la France compte environ 13,5 millions de fumeurs. Au total, 66 000 Français meurent chaque année prématurément du tabac et perdent alors 20 années de vie... Ce problème est particulièrement marqué en Provence-Alpes-Côte d'Azur où 23% des garçons et 25% des filles fument quotidiennement. Si les usages réguliers d'alcool et de cannabis sont moins fréquents, la consommation de tabac a augmenté en 2009 notamment chez les étudiants des Universités de la région provençale (Guagliardo et al. 2009). L'expérience suivante avait donc comme objectif de mieux connaître le processus de réception de messages de lutte contre le tabac chez les étudiants habitant une grande ville méditerranéenne (Nice). En optimisant le taux de répétition, le plan média d'une campagne de communication de santé publique prévoit de transmettre plusieurs fois le même message à la même cible. L'expérience 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 et l'optimisme comparatif (Courbet, Milhabet, Priolo, 2001). L'expérience, dont nous proposons ici une réinterprétation des résultats⁵, répond favorablement à l'hypothèse selon laquelle plus les

⁴ Source : Hofstede et Minkov (2010), mises à jour sur http://www.geert-hofstede.com/hofstede_dimensions.php (consulté le 13 mars 2011).

⁵ Nous proposons ci-dessous une interprétation des résultats différents de l'article initial. Celle-ci n'implique que l'auteur de ces lignes (Didier Courbet).

récepteurs sont exposés de manière répétée à des contenus fortement menaçants, 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. A la suite de la réception de messages de communication, lorsque l'on constate un fort optimisme comparatif, cela signifierait 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'adopter un comportement sécuritaire.

4.1. Messages utilisés et méthode

Nous avons conçus trois messages, sur support papier, évoquant le risque de cancer pour le fumeur, avec trois intensités d'appel à la peur : faible, modéré et assez forte. En suivant Nisbett et Ross (1980), l'opérationnalisation de ces trois niveaux d'appel à la peur s'appuie sur le critère « vivacité (ou vivacité, *vividness*) du message ». La vivacité, c'est-à-dire, la représentation concrète et réaliste du danger, est particulièrement intéressante sur le plan théorique car elle a un effet sur la sévérité perçue de la menace et sur la peur déclenchée chez les récepteurs (Sherer et Rogers, 1984). Outre sa pertinence scientifique, le niveau de vivacité des messages fait partie des préoccupations des praticiens au moment de la conception. Dans le message de faible vivacité, on présente un texte seul d'une demi-page qui évoque explicitement la mort, les souffrances, les risques de cancer. Dans le message de moyenne vivacité, on présente le 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. Le message d'assez forte vivacité contient le même texte que le message ci-dessus, avec les deux photographies précédentes qui sont en couleurs et très réalistes. Un pré-test a confirmé que le matériel provoque effectivement les réactions psychologiques attendues, notamment trois niveaux de peur croissants.

L'expérience est présentée à 108 sujets expérimentaux, étudiants fumeurs de l'Université de Nice, âgés de 18 à 24 ans, hommes et femmes. Ils pensent réaliser une expérience sur les relations entre astrologie, psychologie et effets de distraction. 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 (un des messages expérimentaux). Ils reprennent ensuite leur travail sur l'astrologie. Les trois premiers groupes sont exposés une seule fois respectivement aux textes de faible, moyenne et assez forte vivacités. Les trois groupes suivants sont exposés cinq fois au même texte : soit cinq fois au texte de faible vivacité, soit cinq fois au texte de moyenne vivacité, soit cinq fois au texte d'assez forte vivacité. Juste avant de quitter le « laboratoire », tous les sujets de l'étude répondent à trois questions permettant de mesurer les variables dépendantes. 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 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. 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 en 6 points de « pas

du tout » à « absolument » (*i.e.*, « Avez-vous l'intention de vous arrêter de fumer ? »). Dans un *débriefing* post-expérimental, les réels buts de la recherche sont expliqués aux participants.

4.2. La répétition et la vivacité augmentent l'OC et l'intention d'arrêter

Les résultats montrent, d'abord, que la répétition joue un rôle significatif 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 ($p < .001$). Les sujets ont particulièrement l'intention de s'arrêter de fumer lorsque le message d'assez forte vivacité est répété cinq fois ($M = 4,67$). 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 ($p < .001$). 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. 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.

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 (Lieberman et Chaiken, 1992). 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, peut-être de manière automatique, un traitement défensif : il est alors optimiste et pense qu'il est moins vulnérable au cancer que les autres.

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, 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 (1992) semblent avoir été non pas suivies isolément, mais simultanément, par un même sujet exposé aux messages. En effet, avec une seule apparition, le message de faible vivacité déclenche une très faible peur ; le texte de moyenne vivacité une faible peur ; le texte d'assez forte vivacité, 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 le message d'assez forte vivacité, va cependant perturber le traitement du message. Celle-ci diminue les capacités du sujet à traiter fortement les arguments. L'individu traite par heuristiques, c'est-à-dire avec des règles de décision simples 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 et approfondi du contenu. La voie du contrôle du danger opère quasiment en parallèle : au final, le sujet a une forte intention d'arrêter de fumer. Ainsi, le danger assez fortement représenté n'a-t-il été efficace sur l'intention d'arrêter de fumer qu'avec plusieurs répétitions du message. 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 dont les résultats sont à limiter à la région azurée, 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. Les résultats tendent à montrer que l'optimisme comparatif, permettant de se reconforter sur son avenir, n'est donc pas incompatible avec l'intention de changer de comportement.

Si la première expérience porte sur un premier type de communication médiatique destinée à modifier, avant tout, les représentations sociales du risque sanitaire et les attitudes. La seconde expérience porte, quant à elle, sur un second type de communication de santé visant à agir plus directement sur les comportements de protection, en l'occurrence la protection contre le sida.

5) Prévenir le sida par la communication engageante : une expérimentation en région azurée

Le VIH/sida demeure à l'heure actuelle un problème important de santé publique pour les pays méditerranéens. En 2009, le nombre de personnes vivant avec le VIH est toujours élevé, on dénombre, par exemple, 150 000 personnes en France, 140 000 en Italie, 130 000 en Espagne⁶. La région Provence-Alpes-Côte-d'Azur est la deuxième région française concernée par l'épidémie avec 11,8% des cas de sida déclarés⁷. L'épidémie est persistante et active dans cette région, notamment chez les jeunes : en 2009, les 20-29 ans représentent 22,3% des nouvelles contaminations en PACA⁸. Face à ces chiffres, les professionnels de la prévention du sida poursuivent leurs efforts de diffusion dans les médias de messages de prévention à destination des jeunes. Pour les sensibiliser, les communicants privilégient le média Internet ainsi que des dispositifs de communication faisant « participer » les sujets récepteurs, via la réalisation de « mini-actes » avant et après la lecture de l'argumentation persuasive (Marchioli et Courbet, 2010). Les « mini-actes » peuvent être de différentes natures : répondre à un « quiz » sur le VIH, signer des bulletins d'engagement à agir pour la prévention du sida ou d'adhésion à un réseau social de type Facebook en faveur du dépistage du VIH. Quels sont les effets de ces dispositifs sur les attitudes et comportements des jeunes relatifs à la prévention du sida ? Il existe dans la littérature scientifique quelques recherches expérimentales portant sur la communication médiatique utilisant le principe des « mini-actes ». Ces recherches ont été menées dans le contexte théorique de la communication engageante. Nous présentons, d'abord, le concept de communication engageante. Il sert de cadre théorique à une expérimentation, réalisée auprès de jeunes d'une grande ville azurée (Nice), que nous présentons ensuite.

5.1. Le concept de communication engageante et son application à la santé

En matière de prévention de santé publique, un grand nombre de recherches montrent que si la communication persuasive parvient souvent à modifier les représentations sociales, croyances, attitudes et intentions d'action à l'égard des comportements néfastes, elle s'avère moins probante pour agir sur les comportements effectifs (Albarracín et al. 2006 ; Peterson et al. 2000). Pour contrecarrer cette limite, le psychologue social Robert-Vincent Joule a proposé le concept de communication engageante (Joule, 2000 ; voir aussi Bernard et Joule, 2004 ; Bernard, Halimi-Falkowicz et Courbet, 2010). Nous le définissons de la manière suivante. C'est un type de communication qui vise à former, modifier ou renforcer d'une part, des actions personnelles et

⁶ Source : ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010*.

⁷ Institut National de Veille Sanitaire, données au 31/12/09

⁸ Source : CRIPS PACA, 1er décembre 2010, *Journée mondiale de lutte contre le sida – Actualités épidémiologiques : données au 31 décembre 2009*.

sociales, d'autre part des cognitions et représentations sociales en incitant les sujets sociaux à suivre deux voies en interaction :

- une voie où ils vont traiter des informations persuasives contenues dans le message (voie de la communication persuasive « classique ») ;
- une voie où ils vont réaliser, juste avant, pendant et/ou juste après les traitements des informations persuasives, des « mini-actes » psychomoteurs, peu coûteux, en lien avec l'action sociale à promouvoir. Ensuite, selon les processus expliqués par la théorie de l'engagement (Joule et Beauvois, 1998), les sujets sociaux auront tendance à rationaliser *a posteriori* leur conduite en « ajustant » leurs cognitions et représentations afin de les rendre « consonantes » aux mini-actes réalisés. Ainsi, engagés dans un cours d'action, accepteront-ils, ensuite, plus facilement de réaliser -ou réaliseront par eux-mêmes- d'autres actes plus « coûteux » dans le sens de l'action promue.

Les deux voies, se déroulant en interaction, agissent sur les cognitions et représentations des sujets sociaux dans un sens favorable à l'action sociale. Lorsque les « mini-actes » précèdent les traitements du contenu argumentaire, ils incitent à mettre en œuvre des traitements cognitifs et affectifs qui conduisent à une persuasion plus forte (par rapport à un contenu argumentaire seul). Ils sont donc appelés « actes préparatoires ».

Dans une méta-analyse consacrée au « pied-dans-la-porte », une des principales procédures théorisées par la théorie de l'engagement, Burger (1999) montre que, pour être engageants et efficaces, les actes préparatoires doivent répondre à certaines conditions :

- ils doivent être effectivement réalisés,
- ils doivent être réalisés pour des raisons internes afin que l'individu tisse un lien entre son « Soi » et ses actes, notamment via des étiquetages ou attributions internes (e.g. « *Vous êtes vraiment quelqu'un de responsable* »),
- ils doivent avoir un certain coût (e.g. en temps),
- ils ne doivent pas être liés à une compensation financière ou à des récompenses.

Pour Joule et Beauvois (1998), d'autres facteurs permettent d'accroître le niveau d'engagement des actes réalisés comme les caractères public (*vs* anonyme) ou explicite (*vs* ambigu), la répétition de l'acte et le contexte de liberté perçue (l'individu doit se sentir libre d'effectuer ou non le comportement). Ces conditions s'avèrent nécessaires mais non suffisantes : pour être engageant, l'acte doit relever de la même identification de l'action que le comportement attendu. La théorie de l'identification de l'action (Vallacher et Wegner, 1987), élément central de la théorie de l'engagement, postule qu'une action est identifiée à différents niveaux allant d'un niveau faible (e.g. arrêter de fumer pour économiser de l'argent) à un niveau élevé (e.g. arrêter de fumer pour préserver sa santé et celle de son entourage). A un niveau opérationnel, il s'agit d'obtenir des actes débouchant sur l'identification de l'action adéquate. Dans le cas contraire, il peut y avoir échec du dispositif. Joule et Beauvois (1998) montrent qu'un acte préparatoire, consistant à demander à des lycéens de réaliser un court métrage sur la prévention du sida, peut être identifié à deux niveaux et déboucher sur des effets antagonistes. D'une part, les lycéens peuvent identifier leur acte comme relevant d'une réalisation artistique et cinématographique et sont prédisposés à réaliser d'autres films mais non à se protéger du sida. D'autre part, l'acte peut être identifié comme relevant de la lutte contre le sida et les lycéens sont alors prédisposés à réaliser d'autres comportements allant dans le sens de la protection du sida.

En matière de prévention de santé publique, plusieurs recherches mettent en évidence des effets favorables de la réalisation d'actes préparatoires sur les attitudes et les comportements. Dans le domaine des dons d'organes, Eyssartier, Joule et Guimelli (2007) montrent que les sujets en condition de communication engageante (via la rédaction d'un argumentaire en faveur de la réalisation d'une carte de donneur d'organe et la lecture d'un message préventif) sont significativement plus nombreux à signer une carte de donneur d'organes que ceux en condition de communication persuasive classique (respectivement : 52,2% contre 31,7%). Dans une autre

recherche, Joule et al. (2010) montrent que l'utilisation de deux actes préparatoires dans un guide d'entretien téléphonique destiné à obtenir des dons de cornée (vs un seul acte préparatoire vs un message sans acte préparatoire), permet d'accroître l'obtention de dons de cornée (respectivement 65,2 % d'acceptation vs 35 % vs 22,2 % d'acceptation). Dans la prévention du sida, Masson-Maret, Joule et Juan de Mendoza (1992) ont mis en évidence les effets bénéfiques de la signature d'un engagement sur les représentations et les attitudes favorables à la protection contre le sida lors d'une opération de sensibilisation en milieu scolaire. De même, Dal Cin, MacDonald, Fong, Zanna, et Elton-Marshall (2006) ont testé l'impact d'une argumentation persuasive anti-sida (témoignages de personnes atteintes du sida et rappel des risques liés à des rapports sexuels non protégés) après acceptation de porter au poignet, quotidiennement, un bracelet de « l'amitié » (acte préparatoire). Comparativement aux étudiants ayant été soumis à une situation de persuasion, davantage d'étudiants dans la situation « avec bracelet » déclarent, six semaines après, avoir utilisé des préservatifs (respectivement 27% contre 55%). Ces résultats testant les effets d'actes préparatoires réalisés par médiation humaine ou support papier sont encourageants. Cependant, dans le domaine de la santé, il n'existe pas de recherche permettant d'évaluer l'influence de dispositifs proposant des actes préparatoires réalisés via Internet, média plébiscité par les professionnels de la prévention du sida pour sensibiliser les jeunes. L'expérimentation suivante contribue à combler ce manque.

5.2. L'influence de dispositifs de prévention du sida utilisant des « mini-actes » engageants via Internet

L'expérience⁹ propose d'évaluer l'influence, auprès des jeunes, de dispositifs Internet de prévention du sida associant un message persuasif et deux mini-actes. Ces derniers sont souvent utilisés dans les campagnes de communication numérique et sont perçus comme « efficaces » par les professionnels de la prévention du SIDA en région PACA (Marchioli, 2010). Internet, de par son interactivité, est un média favorisant la réalisation de « mini-actes » sans médiation humaine. Internet est privilégié par les communicants pour sensibiliser les jeunes car il est, depuis 2004, le média le plus utilisé par les 15-25 ans en France¹⁰. L'expérience propose d'évaluer les effets de la communication engageante numérique sur un comportement et des cognitions en lien avec l'utilisation du préservatif. Outre le fait que le préservatif reste le principal moyen de protection du sida, il existe un relâchement de son utilisation chez les jeunes : en région PACA, parmi les étudiants ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, 19% des garçons et 31% des filles ont déclaré ne pas avoir toujours utilisé un préservatif¹¹.

5.2.1. Méthode et hypothèses

Cinq dispositifs Internet ont été conçus. Quatre dispositifs étaient destinés à quatre groupes expérimentaux suivant le plan 2 (avec acte préparatoire Vs sans) X 2 (avec signature numérique d'un engagement Vs sans). Dans tous les dispositifs expérimentaux figuraient deux pages Internet, différentes selon les conditions expérimentales. Chacune d'elle présentait le même message persuasif de prévention du sida en faveur de l'utilisation du préservatif, articulant présentation des risques et recommandations à respecter pour les diminuer. Selon la condition expérimentale, le message persuasif était accompagné ou non de :

- la possibilité de réaliser un « acte préparatoire » consistant à répondre « oui » ou « non », par un clic de souris, à la question : « *Et vous, êtes-vous prêt à vous protéger du sida ?* »,
- la possibilité de signer « numériquement » un bulletin d'engagement à utiliser des préservatifs avec de nouveaux partenaires sexuels. Les sujets mentionnent des critères d'identification personnelle (noms, prénoms, âges et villes) et valident leur signature par

⁹ Recherche financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS).

¹⁰ Source : Enquête médias, Institut IPSOS (depuis 2004).

¹¹ Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, « Comportements de santé des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur », *Repère Santé*, 2007, n°14, 6 p.

un clic de souris. Pour renforcer « l'engagement », ils sont déclarés libres de signer ou non le bulletin d'engagement (Joule, Girandola et Bernard, 2007).

Le dispositif sans acte préparatoire, ni possibilité de signature est appelé « message persuasif classique ». Les différents dispositifs Internet ne se distinguent que par la ou les variables manipulées. En outre, un cinquième dispositif Internet, sans lien avec le sida (« site neutre ») était destiné à une condition de contrôle. La durée de consultation des sites est quasiment identique dans chaque condition. Une pré-enquête a permis de tester la crédibilité et l'ergonomie des sites sur la base d'entretiens semi-directifs menés auprès de treize personnes, hommes et femmes, de profil identique à celui des sujets expérimentaux.

Deux hypothèses principales sont mises à l'épreuve. Par rapport aux sujets visualisant soit un site neutre (condition contrôle), soit un « message persuasif classique », les sujets visualisant un site utilisant des techniques de communication engageante (acte préparatoire via le clic de la souris et/ou signature numérique d'un engagement) :

- prendront davantage de préservatifs disponibles gratuitement sur un présentoir (H1),
- posséderont une attitude, une intention d'action et certaines croyances à l'égard du préservatif plus accessibles (H2). L'accessibilité de ces cognitions est un indicateur dont la validité prédictive des futurs comportements a été démontrée (Jefferis et Fazio, 2008).

L'expérience a porté sur 196 sujets dont 55% de femmes et 45% d'hommes, d'une moyenne d'âge de 20 ans. Leurs professions et catégories sociales étaient diversifiées (personnes actives ou à la recherche d'un emploi, lycéens, étudiants). 57% des sujets étaient célibataires et 41% en couple. L'expérience s'est déroulée dans un lieu fréquenté par cette population : le Centre Régional Information Jeunesse de Nice. Les sujets « tout venant » entrant dans le Centre étaient répartis aléatoirement dans une des cinq conditions expérimentales. La passation était individuelle et comportait quatre étapes. Les participants étaient invités à soi-disant tester un des sites Internet de prévention du sida avant la mise en ligne effective. Comme l'accessibilité des jugements à l'égard du préservatif peut être influencée par la récence de l'activation de l'objet du jugement (Roskos-Ewoldsen, Arpan-Ralstin, et St. Pierre, 2002), une tâche de distraction destinée à désamorcer le matériel cognitif en mémoire était proposée à l'issue de la visualisation du site. Les sujets étaient ensuite invités à prendre part à une étude marketing présentée comme distincte : répondre, le plus rapidement et le plus justement possible, à un questionnaire entièrement informatisé destiné à recueillir leurs opinions par rapport à différents produits de grande consommation (crème solaire, boisson énergétique...). Parmi ces produits figuraient le préservatif. On mesurait l'attitude (i.e. « *Le préservatif est un produit que j'apprécie ?* »), certaines croyances à l'égard du préservatif pour la protection du sida (e.g. « *Pour me protéger du sida, le préservatif est un produit que je juge efficace ?* ») et l'intention comportementale (e.g. « *Avec un(e) nouveau(velle) partenaire sexuel(elle), le préservatif est un produit que j'utiliserais sûrement ?* »). On enregistrait à la fois le contenu des réponses des sujets (OUI ou NON) et le temps mis pour répondre (TR), en millièmes de seconde (c'est-à-dire l'accessibilité des jugements et attitude, Fazio, 1990). A la sortie de la salle d'expérience et à l'abri des regards, les sujets passaient devant un présentoir de préservatifs gratuits mentionnant : « *Servez-vous ! Vous pouvez en prendre plusieurs !* ». La mesure comportementale était le nombre de préservatifs pris par chaque sujet.

5.2.2. Des effets positifs des actes préparatoires sur le comportement et l'accessibilité des jugements à l'égard du préservatif

Dans l'ensemble, les résultats¹² vont dans le sens des hypothèses. L'analyse de variance (ANOVA), sur la base du plan expérimental, révèle un effet principal significatif de la variable indépendante

¹² L'analyse des résultats prend en compte uniquement les personnes qui ont signé le bulletin d'engagement. Notons également que toutes les personnes ayant réalisé l'acte préparatoire ont répondu « oui » à la question posée.

« Signature numérique d'un engagement » sur le nombre moyen de préservatif pris, $F(1,150) = 6,35$; $p=.01$. De plus, comparativement aux sujets ayant visualisé un site neutre (groupe contrôle), un effet de la réalisation des « mini-actes » sur le nombre moyen de préservatifs pris est constaté chez les sujets ayant visualisé les sites « avec acte préparatoire par clic de souris et signature numérique d'un engagement » ($t(60)=3,64$; $p<.001$), « avec acte préparatoire par clic de souris » ($t(59)=2,1$; $p<.05$) et « avec signature numérique d'un engagement » ($t(58)=3,22$; $p<.01$). L'hypothèse H1 est confirmée.

Les résultats concernant l'accessibilité des jugements à l'égard du préservatif vont dans le sens de l'hypothèse H2. D'une part, les ANOVA, sur la base du plan expérimental, révèlent un effet principal significatif des variables indépendantes « acte préparatoire par clic de souris » sur l'accessibilité de l'attitude favorable au préservatif ($F(1,105)=4,58$; $p<.05$), l'accessibilité de la croyance quant à l'efficacité du préservatif pour la protection du sida ($F(1,142)=5,56$; $p<.05$) et l'accessibilité de l'intention d'utiliser des préservatifs avec de nouveaux partenaires sexuels ($F(1,146)=3,72$; $p=.05$). Un effet principal significatif de la variable indépendante « signature numérique d'un engagement » est constaté sur l'accessibilité de l'attitude favorable au préservatif ($F(1,105)=4,16$; $p<.05$). D'autre part, comparativement au site Internet présentant un message persuasif classique, l'utilisation d'un ou de deux « mini-actes » augmentent significativement l'accessibilité de l'attitude favorable au préservatif (tous $p<.05$) et de l'intention d'utiliser des préservatifs avec de nouveaux partenaires sexuels (tous $p<.05$).

En matière de prévention du sida, cette expérimentation tend à confirmer l'efficacité des pratiques des campagnes qui utilisent des « mini-actes ». Les résultats montrent qu'il est possible d'optimiser les effets comportementaux et socio-cognitifs des dispositifs numériques en faisant réaliser aux sujets récepteurs des « mini-actes » associés à la lecture d'un message persuasif. Les résultats vont, d'une part, dans le sens des recherches sur la communication numérique engageante (Courbet, Bernard, Joule et Halimi-Falkowicz, 2009 ; Guéguen, Jacob et Legohérel, 2003) où la réalisation d'actes préparatoires amène les participants à s'engager dans un processus les incitant à émettre des comportements ultérieurs plus coûteux. D'autre part, les résultats montrent également que la réalisation de comportements est susceptible d'agir sur l'accessibilité de cognitions consistantes (Olson et Stone, 2005). L'expérience permet, en outre, de mieux connaître le rôle respectif de chaque « mini-acte » : les dispositifs avec acte préparatoire effectué par un clic de souris ont augmenté l'accessibilité des jugements alors que les dispositifs avec signature numérique d'un engagement ont davantage influencé la réalisation d'un comportement immédiat.

Nous avons indiqué à plusieurs reprises l'importance de bien connaître le contexte culturel pour mieux adapter la communication de santé publique à chaque pays méditerranéen. Construisant ses propres perceptions des risques, chaque culture n'entretient pas les mêmes liens avec les différents types de risques sanitaires. Un facteur-clé se situe dans une des quatre dimensions caractérisant la culture : sa propension à écarter l'incertitude (Hofstede et Minkov, 2010). Dans chaque pays, les médias jouent également un rôle dans la perception sociale des risques, en pouvant notamment les amplifier. Les processus de réception et d'influence des campagnes générant de la peur sont également sous déterminants culturels et dépendent des réactions de peur face aux risques sanitaires. On pourrait penser que les campagnes d'appels à la peur ont peu d'efficacité auprès des personnes membres de cultures individualistes du fait de leur facilité à déclencher de l'optimisme comparatif. Or, la première expérience réalisée sur des étudiants de la région azurée, montre que l'optimisme comparatif, permettant de se reconforter sur son avenir, n'est pas incompatible avec l'intention d'arrêter de fumer.

En matière de prévention du sida, la deuxième expérience confirme l'efficacité des campagnes qui utilisent des « mini-actes ». En accord avec les recherches sur le concept de communication engageante, les résultats montrent qu'il est possible d'optimiser les effets comportementaux et

socio-cognitifs des dispositifs numériques en faisant réaliser aux sujets-récepteurs des « mini-actes », selon des conditions spécifiques, en lien avec la lecture d'un message persuasif. Si les résultats de ces deux expériences doivent être limités au contexte culturel de la zone française méditerranéenne, il serait intéressant de dessiner de nouvelles perspectives de recherches comparatives interculturelles entre pays méditerranéens. Ces recherches seraient d'autant plus intéressantes que co-existent, au sein de la zone méditerranéenne des cultures fort différentes. Une fois les différences entre cultures bien définies, à l'aide, d'une part, des dimensions d'Hofstede et, d'autre part, des travaux sur les différences internationales entre les valeurs (Schwartz, 1992), un vaste programme d'études pourrait voir le jour. Un des thèmes prioritaires consisterait à étudier les facteurs culturels impliqués dans les effets et processus d'influence par la communication engageante développant, en outre, des appels à la peur, pour des thèmes sanitaires importants pour la zone méditerranéenne : le sida, le tabagisme, l'obésité ou la toxicomanie.

Références

- Albarracín, D., Durantini, M. et Earl, A., (2006), Empirical and theoretical conclusions of an analysis of outcomes of HIV-prevention interventions, *Current Directions in Psychological Science*, 15, p. 73-78.
- Allen, M. et Witte, K. (2004), Une méta-analyse des appels à la peur : implications pour des campagnes de santé publique efficaces, *Questions de communication*, 5, p. 133-148.
- Bernard, F. et Joule, R.-V., (2004), Lien, sens et action : vers une communication « engageante », *Communication et Organisation*, n° 24, p. 347-362.
- Bernard, F. Halimi-Falkowicz S. et Courbet, D. (2010), Expérimentation et communication environnementale : le cas de la communication engageante et instituante, in COURBET, D. (dir.), *Objectiver l'Humain ? Volume 2 : Communication et expérimentation*, Londres : Editions Hermes Lavoisier (Coll. Ingénierie représentationnelle et construction de sens), pp. 53-84.
- Block L. G., Keller P. A., (1997), Effects of self-efficacy and vividness on the persuasiveness of health communications, *Journal of Consumer Psychology*, 6, pp. 31-54.
- Burger, J. M., (1999), The foot-in-the-door compliance procedure: a multiple-process analysis and review, *Personality and Social Psychology Review*, 3, p. 303-325.
- Cappella, J. N. et Rimer, B., K., (Eds.), (2006), *Integrating behavior change and message effects theories in cancer prevention, treatment and care*, *Journal of Communication*, Vol. 56, supplement, Malden: Blackwell.
- Combs, B., et Slovic, P. (1979), Newspaper Coverage of Causes of Death. *Journalism Quarterly*, 56(4), 837-43.
- 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), 1999.
- Courbet, D. (dir.) (2010), *Objectiver l'Humain ? Volume 2 : Communication et expérimentation*, Paris, Editions Hermes Lavoisier.
- Courbet, D., Milhabet I., Priolo D. (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), pp. 163-175.
- Courbet, D., Bernard, F., Joule, R.-V. et Halimi-Falkowicz, S., (2009), Communication numérique engageante et protection de l'environnement : effets immédiats et différés sur les comportements, l'attitude et la mémorisation, *3ème Colloque International Psychologie Sociale et Communication*, 22-24 juin, Tarbes (France).
- Dal Cin, S., MacDonald, T. K., Fong, G. T., Zanna, M. P. et Elton-Marshall, T. E., (2006), Remembering the message: Using a reminder cue to increase condom use following a safer sex intervention, *Health Psychology*, 25, p. 438-443.

Eyssartier, C., Joule, R.-V. et Guimelli, C., (2007), Effets comportementaux et cognitifs de l'engagement dans un acte préparatoire activant un élément central versus périphérique de la représentation du don d'organes, *Psychologie Française*, vol. 52, 4, p. 499-517.

Fazio, R. H., (1990), A practical guide to the use of response latency in social psychological research, in Hendrick, C. et Clark, M. S., (Eds.), *Review of Personality and Social Psychology: Vol. 11. Research Methods in Personality and Social Psychology*, Newbury Park: Sage Publications, p. 74-97.

Guagliardo, V., Peretti-Watel, P., Combes, J.B., Obadia, Y., Verger, P. (2009), Facteurs socio-démographiques et économiques associés aux usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez des étudiants en première année d'université en région Paca, 2005-2006. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2009, 6 : 53-56. http://www.invs.sante.fr/beh/2009/06/beh_06_2009.pdf

Guéguen, N., Jacob, C. et Legohérel, P., (2003), Communication médiatisée par ordinateur et sollicitation à une requête. Une évaluation de l'efficacité de la technique du « Pied-dans-la-Porte » lors d'une interaction par e-mail ou sur un site Web, *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 16 (1), p. 125-155.

Hofstede, G. J., et Minkov, M. (2010), *Cultures and Organizations: Software for the Mind, Third Edition*. McGraw-Hill Professional.

Jefferis, V. E. et Fazio, R. H., (2008), Accessibility as input: The use of construct accessibility as information to guide behavior, *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 44, 4, p. 1144-1150.

Joule, R. V. (2000), Pour une communication organisationnelle engageante: vers un nouveau paradigme. *Sciences de la Société*, 50, 51, 279-295

Joule, R.-V. et Beauvois, J.-L., (1998), *La soumission librement consentie*, Paris : Presses Universitaires de France, 214 p.

Joule, R.-V., Girandola, F. et Bernard, F., (2007), How can people be induced to willingly change their behavior? The path from persuasive communication to binding communication, *Social & Personality Psychology Compass*, 1, 1, p. 493-505.

Joule, R. V., Bernard, F., Geissler, A., Girandola, F. et Halimi-Falkowicz, S. (2010), Binding communication at the service of organ donations. *Revue internationale de psychologie sociale*, 23(2-3), 211-238.

Kasperson, R.E. and Kasperson, J.X. (1996), The Social Amplification and Attenuation of Risk: Annals of the American Academy of Political and Social Science, Vol. 545, Challenges in Risk Assessment and Risk Management, (May, 1996), pp. 95-105

Kouabenan, D. R. et Lemoine, C. (2001), Culture, perception des risques et explications des accidents *Bulletins de Psychologie*, Psychologie du travail et des organisations, 54(453), 329-342.

Kouabenan, D. R., Cadet, B., Hermand, D., et Sastre, M. M. (2007), *Psychologie du risque*. De Boeck.

Leventhal, H., (1970), Findings and theory in the study of fear communications, in Berkowitz L., (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, New York, Academic Press, vol. 6, pp. 119-186.

Liberman A., et Chaiken S., (1992), Defensive processing of personality relevant health message, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, pp. 669-679.

Marchioli, A., (2010), *La communication d'action et d'utilité sociétales : étude de la production et de la réception de la communication médiatique préventive du sida. Perspectives ouvertes par la communication engageante*, Thèse de Doctorat en sciences de l'information et de la communication, Aix-Marseille Université, 275 p.

Marchioli, A., et Courbet, D., (2010), Communication de santé publique et prévention du sida : une expérimentation sur l'influence de mini-actes via Internet, *Hermès*, N° 58, Les langues de bois, p. 169-174.

Masson-Maret, H., Joule, R.-V. et Juan de Mendoza, J.-L., (1992), Une recherche expérimentale appliquée à la prévention du SIDA en milieu scolaire, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n° 13, p. 11-22.

- Meeuwesen, L., Van Den Brink-Muinen, A., et Hofstede, G. (2009), Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient Education and Counseling*, 75(1), 58–66.
- Meyerowitz, B. E., Wilson, D. K., et Chaiken, S. (1991), Loss-framed messages increase breast self-examination for women who perceive risk. Dans *annual convention of the American Psychological Society, Washington, DC*.
- Milhabet, I. (2010), L'optimisme comparatif : Petits arrangements avec nos jugements sur l'avenir. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., et Davino, K. (2003), What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6/7), 449–456.
- Nisbett R. E., et Ross L., (1980), *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.
- Olson, J.M. et Stone, J., (2005), The influence of behavior on attitudes, in Albarracín, D., Johnson, B.T. et Zanna, M. P., (Eds.), *The handbook of attitudes*, Mahwah: Laurence Erlbaum, p. 223-272.
- Peretti-Watel, P., (2000), *Sociologie du risque*, Paris : Armand Colin, 288 p.
- Peterson, A., Kealey, K., Mann, S., Marek, P. et Sarason, I., (2000), Hutchinson smoking prevention project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention - Results on smoking, *Journal of the National Cancer Institute*, 92, p. 1979–1991.
- Pornpitakpan, C., et Francis, J. N. P. (2001), The Effect of Cultural Differences, Source Expertise, and Argument Strength on Persuasion: An Experiment with Canadians and Thais. *Journal of International Consumer Marketing*, 13(1), 77.
- Roskos-Ewoldsen, D. R., Arpan-Ralstin, L. A., et St. Pierre, J. (2002), Attitude accessibility and persuasion: The quick and the strong, in Dillard, J.P. et Pfau, M. (Eds.), *The Persuasion Handbook: Developments in theory and practice*, Thousand Oaks: Sage, p. 39-61.
- Rothman A. J., Bartels R. D., Wlaschin J., Salovey P., (2006), The Strategic Use of Gain- and Loss-Framed Messages to Promote Healthy Behavior: How Theory Can Inform Practice, *Journal of Communication*, 56, pp. S202–S220, 2006
- Schwartz, S.H. (1992), Universals in the content and structure of values : theoretical advances and empirical tests in 20 countries, in M. Zanna (ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 25, Orlando, FL, Academic Press, p. 1-65.
- Sherer M., Rogers R. W., (1984), The role of vivid information in fear appeal and attitude change, *Journal of Research in Personality*, 18, pp. 321-334.
- Taylor, S. E. , Kemeny, M. E. , Aspinwall, L. G. , Schneider, S. G. , Rodriguez, R. et Herbert, M. (1992), Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *J. pers. soc. psychol.*, 63(3), 460-473.
- Vallacher, R. R., et Wegner, D. M., (1987), What do people think they're doing? Action identification and human behavior, *Psychological Review*, 94, p. 3-15.
- Weinstein, N. D., (1980), Unrealistic optimism about future life events, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, pp. 906-920.
- Witte, K., (1992), Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model, *Communication Monographs*, 59, p. 329-349