

La perception du risque en prévention santé : vers une approche spatio-temporelle.

« Les fumeurs sous estiment leur risque, notamment parce qu'ils ont souvent un taux de préférence pour le présent élevé » déclare le Pr J Cormuz . Lors d'une étude sur la prévention du cancer de la peau, Robinson et coll (2010) ont évalué la meilleure stratégie de sevrage des femmes considérées comme dépendantes de l'habitude de se faire bronzer aux UV artificiels. L'information a été effectuée auprès de ces femmes à l'aide d'un livre traitant de l'histoire du bronzage, les normes actuelles de bronzage et les effets des radiations UV sur la peau . Etaient jointes, également, des recommandations sur l'utilisation des UV en cabine centré sur l'abstinence et des réductions importantes. Les résultats ont montré qu'une explication détaillée sur les effets causés par cette habitude sur leur état de la peau a réduit de 35% le nombre de visites de ces femmes dans des salons de bronzage avec un maintien jusqu'à 6 mois après l'intervention. L'impact d'une nuisance certaine à court terme et esthétique serait elle plus efficace que l'appréhension d'un risque majeur, éloigné dans le temps et hypothétique que représente le cancer de la peau ?

Ces exemples nous interpellent sur la notion de proximité du risque et comment cette notion de proximité impacte nos décisions en matière de prévention de santé. Nous verrons en quoi la perception du risque est un élément fondamental pour modifier l'intention de changement de comportement, les actions qui ont été mises en œuvre pour optimiser la perception de la menace et les limites. Nous ébaucherons une approche plus proximale de l'individu, en prenant en compte la distance spatiale et temporelle par rapport au risque perçu .

1/ La perception du risque en santé

Le concept de risque est a été défini dans le domaine économique (Knight et all 1921) , puis au sein de théories en économie, finance et dans les sciences liées à la prise de décision. Il se définit autour de deux composantes : la probabilité et la sévérité de perte ou de résultats négatifs (Van der Pligt 1996). Au début des années 60, les travaux de Bauer (1964) sur la place du risque dans le

comportement d'achat du consommateur, pose la question du risque perçu, en reliant l'acceptation du risque non seulement à l'estimation technique du risque et les bénéfices, mais surtout à une dimension subjective. La notion de « perception du risque » contient une pluralité de possibilité d'évaluation .

La littérature en psychologie du risque montre que la perception des risques se structure selon un certain nombre de déterminants, qui sont liées soit à la nature et aux dimensions même du risque, soit à des facteurs liés aux caractéristiques propres aux individus percevant le risque (Kouabenan et Cadet 2005).

Ainsi, dans le domaine de la santé, l'étude du risque perçu est de première importance pour comprendre ce qui freine ou motive les individus à adopter des comportements en santé. (Menon et coll 2006).

2/Les apports des modèles en psychologie de la santé sur la perception du risque en santé

Le risque perçu est au cœur de nombreux modèles cognitifs de comportement en santé. Par exemple, le modèle de croyances en santé (Becker1974, Rosenstock I.M 1974), la théorie de la motivation à se protéger (Rogers 1975) , le modèle transthéorique (Prochaska & DiClémente 1982) puis le modèle du processus d'adoption du comportement de protection (Weinstein1988) postulent que l'évaluation de la gravité et de la vulnérabilité au risque est un prédicteur des comportements en santé.

Ces modèles, qui tentent de formaliser le processus qui conduit de la perception du risque au comportement de protection, sont issus de la théorie de l'utilité subjective espérée (Edwards 1961) et se fondent sur les croyances et les attentes , incluant des évaluations personnelles (subjectives), des conséquences (utilités) et des occurrences (probabilités). Ils font l'hypothèse que la décision de se protéger ou d'éviter les comportements à risque est une démarche consciente ; ces modèles supposent donc que les attitudes, croyances, et attentes influencent l'adoption ou le maintien d'un comportement de santé, à travers leurs effets sur l'intention comportementale. (Conner 1995)

La menace perçue est un construit qui a une place fondamentale dans les comportements de santé (Aiken 1994). Il s'articule autour des concepts de vulnérabilité perçue et de sévérité perçue. Nous allons étudier la place de la vulnérabilité perçue et de la menace perçue au sein des principaux modèles de santé.

Le Health Belief Model (Rosenstock 1974)

Développé initialement aux Etats Unis pour répondre à l'échec d'un programme gratuit de dépistage de la tuberculose, ce modèle a fait l'objet de très nombreuses validations empiriques dans des domaines de santé très variés (Barclay et coll 2007 ; Minugh, Rice et Young 1998, Janz et Becker 1984).

Il explique que la probabilité qu'une personne adopte un comportement de prévention dépend de l'évaluation de construits importants :

- la menace perçue qui se définit à partir de deux concepts : la vulnérabilité perçue et la sévérité perçue ;
- les bénéfices et barrières perçues : prise en compte des avantages et les inconvénients perçus des actions préventives ; ces composants sont issus des modèles attentes valeurs
- Les indices d'action : les alertes ou les sensibilisations auxquelles sont les sujets sont exposés et qui ont pour but de préciser qu'un sujet de santé les concerne. La présence de ces indices élève la menace perçue et la probabilité de l'action

La vulnérabilité perçue se définit comme l'évaluation pour l'individu qu'un événement négatif provient pour lui-même. Elle renvoie à une estimation intime de la perception de la menace. Se sentir vulnérable élève la menace perçue et la probabilité d'adopter un comportement de prévention. Lors d'une analyse critique de la littérature portant sur 46 études dont 24 études (18 prospectives et 28 rétrospectives) utilisant le modèle HBM (Janz et Becker 1984), il ressort que la vulnérabilité perçue est un construit particulièrement important dans la perception de la menace et le changement de comportement en prévention de santé. Il est en particulier un prédicteur plus puissant que les autres construits d'un comportement préventif. Un ratio significatif a été calculé afin d'évaluer le nombre de résultats positifs et statistiquement significatifs pour chaque dimension du modèle. L'impact significatif de la vulnérabilité perçue a été évalué à 81% des études. Parmi les 24 études sur les comportements préventifs, la vulnérabilité perçue est un prédicteur significatif dans 80% des hypothèses. Une seconde méta analyse (Harrison et coll 1992) montre que les différents composants de ce modèle sont très souvent des prédicteurs du comportement de prévention en santé, et particulièrement le concept de vulnérabilité perçue.

Dans le cas de dépistage pour le cancer concernant à la fois l'auto examen et la mammographie, (Champion 1984-1993), la vulnérabilité perçue a montré la constance interne la plus élevée comme prédicteur du comportement de prévention. Ainsi, les conclusions de l'étude montrent que les femmes sont davantage susceptibles d'adhérer aux recommandations d'un dépistage par mammographie si elles se sentent vulnérables au cancer, pensent que le cancer est une maladie

grave et que les solutions proposées sont efficaces. Dans le domaine de l'observance du dépistage de la mammographie, à partir du modèle HBM, l'étude montre que la vulnérabilité perçue a un impact sur l'observance et toutes les composantes du modèle expliquent globalement 16% de la variance dans l'observance du dépistage par mammographie (Aiken 1994).

Dans le domaine du SIDA, une relation significative a été démontrée entre l'usage du préservatif et la vulnérabilité perçue (Basen-Enquist 1992, Mahoney, Thombs et Ford 1995, Steers et coll 1996). Dans leur méta analyse, Harrison, Muller et Green (1992), montrent que les 4 éléments (gravité du risque perçu, vulnérabilité du risque perçu, bénéfices perçus et risques perçus) du modèle HBM sont corrélés significativement à des comportements de santé préventifs comme la vaccination, régime alimentaire, observance thérapeutique ou prise d'un traitement anti hypertenseur).

La théorie de la motivation à se protéger (Rogers 1983)

Ce modèle postule que la motivation à se protéger se fonde sur deux processus cognitifs : évaluation de la menace (mesurer la sévérité perçue et la vulnérabilité perçue) et l'évaluation de la capacité de l'individu à faire face à cette menace (mesure de l'efficacité de la solution recommandée et capacité personnelle à pouvoir mettre en œuvre cette recommandation).

Historiquement développé dans le cadre de travaux sur les appels à la peur (Rogers 1975), ce modèle de comportement de santé a été adapté dans une perspective plus générale de la persuasion (Rogers 1983) et a évolué en intégrant le concept d'auto efficacité repris de la théorie sociale cognitive (Bandura 1977). Il pose l'intention de se protéger comme une fonction additive des différents facteurs la composant (Conner 1998, Block 1998). En effet, un message de peur sera efficace à la condition que la menace soit suffisamment forte et susceptible de se produire et si la solution proposée pour échapper est évaluée par l'individu efficace et réalisable. La théorie de la motivation à la protection (PMT) a fourni un cadre théorique pour l'étude de comportements dans des domaines très variés, en particulier les comportements de prévention en santé (Conner, Norman 1995). Wurtele et Maddux (1987) ont testé l'efficacité des appels à la peur pour augmenter l'exercice physique sur une population de jeunes femmes. Il ressort que la vulnérabilité perçue émerge comme un prédicteur significatif de l'intention de faire de l'exercice. En effet, les femmes qui croyaient être susceptibles d'avoir une maladie cardiaque et des problèmes circulatoires dus à leur vie sédentaire indiquent une forte intention pour intégrer le programme d'exercices physiques réguliers au contraire des femmes qui se perçoivent comme moins vulnérables.

La théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein 1972) et du comportement planifié (Ajzen 1991).

Ces théories portent sur la compréhension des comportements en santé, et examinent la perception du risque .La théorie de l'action raisonnée est composée de différents paramètres : l'adoption d'un comportement de santé est directement lié à l'intention de réaliser ce comportement. Le comportement est considéré comme étant sous un contrôle volontaire. L'intention est à son tour influencée par deux éléments, l'attitude à l'égard de la réalisation du comportement (évaluation positive ou négative du fait de s'engager dans le comportement) et la norme subjective (perception des influences normatives comme par exemple le fait qu'une personne considérée comme importante par l'individu pense qu'il ne devrait ou ne devrait pas s'engager dans un comportement ou une action).C'est un modèle compensatoire, où la performance d'une des variables peut être compensée par la performance d'une autre variable du modèle (Menon 2006). Pour être efficaces, les communications doivent ainsi accroître la perception de la désirabilité du comportement (attitudes et attentes positives) et la norme subjective (pression de personnes considérées comme importantes) pousse à adopter le comportement préconisé ;Cette théorie a été appliquée à différents problèmes de santé dont l'usage de contraceptif (Fischer 1984), l'usage du préservatif (Albarracin 2001). Cependant toutes les intentions et tous les comportements ne sont pas sous un contrôle volontaire, comme le suggère la théorie de l'action raisonnée. Dans certains cas une forte intention peut être contrariée par des facteurs qui ne portent pas sur la motivation, comme par exemple le manque de ressources ou des obstacles. Les individus qui ne croient pas posséder les ressources nécessaires pour s'engager dans un comportement spécifique ne vont pas probablement nourrir l'intention de s'y engager, en dépit d'une attitude favorable et s'ils savent que les personnes importantes à leurs yeux sont favorables. Ajzen (1985) ajoute alors une troisième variable prédictrice de l'intention comportementale qui est le contrôle comportemental perçu et développe ainsi la théorie du comportement planifié. Le contrôle comportemental perçu reflète les croyances issues des obstacles rencontrés dans les expériences comportementales passées. Donc, l'adoption d'un comportement de santé est déterminée par l'intention de l'individu , qui elle-même dépend de trois facteurs : 1/ l'attitude envers le comportement en question, attitude influencée par les croyances sur le résultat et les conséquences du comportement ; 2/ les normes suggestives influencées par les croyances concernant les normes sociales, les attentes des personnes importantes et la pression sociale et 3/le contrôle comportemental perçu influencé par les croyances concernant le pouvoir de contrôle ou les attentes de succès (Menon 2006, Kouabenan).

D'après Weinstein (1993) , lors d'une étude comparative entre différents modèles utilisés en santé, le théorie de l'action raisonnée (TRA) prend en compte la notion de menace perçue :ainsi l'impact

d'un résultat négatif sur la motivation à agir dépend aussi de croyances au sujet de la probabilité d'occurrence, et est discuté au sein de la (TRA) à partir des attentes et l'adversité attendue du résultat est discuté en termes d'évaluations négatives . Des études ont démontré que la perception du risque et les intentions de rechercher de l'aide sont affectés par le contrôle perçu.

Les modèles de changement par étapes.

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982) et le modèle du processus d'adoption du comportement de protection (Weinstein 1988) permettent de mieux comprendre les effets de résistance et de changement dans l'adoption de comportements relatifs à la santé. Ces modèles font partie des théories de changement par étapes (Girandola 2003)

Ce type de modèle fournit un cadre du changement de comportement qui amplifie le rôle de la perception du risque. Il met l'accent sur les facteurs de vulnérabilité, de gravité et d'efficacité des mesures de précautions et reconnaît une étape où les individus sont inconscients du risque. Ce modèle conçoit le changement comportemental comme un processus à plusieurs étapes , cinq pour Prochaska et DiClemente, sept pour le modèle de Weinstein .

- 1) individu n'a pas la connaissance l'existence d'un risque (Ex : années 80 le sida, années 90 amiante, ESB).
- 2) l'individu apprend l'existence du risque mais n'est pas impliqué ou particulièrement attentif. Il faut distinguer les personnes qui ignorent ce risque par méconnaissance des personnes qui en ont connaissance mais qui sont insouciantes.
- 3) l'individu prend conscience du risque, il prend en considération son comportement et le risque qui est associé. Prise de conscience de sa vulnérabilité.
- 4) l'individu ne fait rien à ce stade (permet de distinguer l'individu qui n'a pas réfléchi, de celui qui a réfléchi et décidé de ne pas agir)
- 5) l'individu décide d'agir et prend des précautions. La prise de conscience d'un danger et de la vulnérabilité personnelle de l'individu face à ce danger est un préalable important.
- 6) Action de précaution
- 7) Maintien du comportement

Weinstein montre ainsi que lorsque l'on informe les gens qu'ils encourent un grand risque, les sujets tiennent plutôt compte de ce message quand ils sont au stade 4 (la vulnérabilité perçue est activée), alors que si le message n'accentue pas le risque perçu cela favorise le passage à l'action des personnes en phase 5, alors qu'elle n'aide pas les personnes au stade 4 à décider d'agir ; Ces modèles montrent l'importance de la perception de la menace dans les intentions et les comportements en santé.

Mais, ils présentent des limites qui sont liées à des raisons techniques de mise en œuvre, qui demande une approche personnalisée. Cela requiert des informations sur chaque individu visé par la campagne de prévention.

Block et Keller (1998) ont combiné la théorie de la motivation à la protection (Rogers 1983), avec les stades de changement décrits par la modèle transthéorique (Prochaska et DiClemente 1982). Leur hypothèse est que les individus à différents stades de maturation pour changer de comportement sont affectés différemment par le niveau des variables explicitées dans le modèle de Rogers, à savoir : la vulnérabilité perçue, la sévérité perçue, l'efficacité de la réponse et l'auto-efficacité. Les résultats confirment que la vulnérabilité est la variable la plus efficace pour le changement de comportement au stade où l'individu n'a pas conscience de la menace, la sévérité plutôt au stade suivant la prise de conscience du risque et de sa propre vulnérabilité, l'efficacité plutôt au stade de la décision d'agir de l'individu.

Nous venons de voir le rôle de la perception de la menace pris en compte par les modèles et leur impact sur le comportement en santé. Mais ces modèles présentent des limites.

Afin d'augmenter la perception du risque, des actions ont été entreprises en communication, en particulier pour la perception des messages.

3/Les actions sur la perception des messages publicitaires

Les médias ont une influence sur les comportements relatifs à la santé (Block et Keller 1995). Les institutions ont recours à la fois à la télévision, à l'annonce et à l'affiche, mais aussi de plus en plus au net pour sensibiliser les plus jeunes (cf campagne interactive anti drogue « l'envers du décor » you tube février 2012). Les messages de santé peuvent fournir des information sur les risques de différentes façons afin d'augmenter la vulnérabilité, inclure des actions et /ou proposer des informations comparatives sur les alternatives d'action de santé pour augmenter l'intention (Keller 2006). Différentes tactiques ont été mises en place pour rendre les messages plus efficaces.

L'importance de la structure du message en santé

En fonction de la conceptualisation du message (message framing)

La valence.

La valence (positif ou gain comparé à négatif ou perte) est une dimension importante pour distinguer les messages persuasifs (Zhao et Pechmann 2007). Des chercheurs ont ainsi évalué la portée de messages positifs ou négatifs sur l'intention de changer de comportement en santé. Ainsi,

Wong et McMurray (2002) rapportent qu'un message négatif contre le tabac était plus efficace qu'un message positif anti tabac pour pousser les étudiants à arrêter de fumer, cependant Schneider et al (2001) constate qu'un message antitabac positif était plus persuasif pour des étudiants qu'un message antitabac négatif .

D'autres études montrent plus clairement l'impact du processus en profondeur de l'analyse du message sur la valence. Lorsque les individus évaluent avec attention les informations contenues dans le message, les messages de conception négatives sont plus efficaces que ceux de conception positive (Maherseswaran et Meyers- Levy 1990).

Block et Keller (1995) ont également évalué la persuasion des messages de santé pour deux menaces particulières : les maladies sexuellement transmissibles et le cancer de la peau. Les auteurs ont cherché à analyser les relations entre l'efficacité perçue du message (suivre la recommandation formulée permettra d'obtenir le résultat souhaité), le processus d'analyse en profondeur du message et la conceptualisation du message(message de gain ou de perte). Ils démontrent que lorsque le comportement recommandé est incertain ou contient des éléments hautement risqués (par ex effectuer un test HIV), le message doit être présenté sous forme négative pour motiver à une action de prévention. Par contre, dans des conditions d'efficacité élevée le cadrage du message est moins important et l'aspect gain ou perte ne semble pas avoir d'impact pour les auteurs.

Cette théorie a aussi été utilisée pour caractériser un message en l'orientant soit vers un contenu montrant que l'utilisation du produit conduit à l'action soit que son utilisation permet de réduire les risques (Lee et Acker 2004)

En fonction de la cible

Les chercheurs ont aussi ciblé leurs messages en fonction de segments particuliers de la population liés aux caractéristiques du destinataire du message comme l'âge, le sexe, ethnies (Farnelly, Niederdeppe and Yarsevitch 2003), en fonction des comportements comme les adolescents en recherche de sensations fortes (Palmgreen et coll 2001), et aussi à partir de l'orientation régulatrice du destinataire : (Zhao et coll 2007) .

La théorie de l'orientation régulatrice (Higgins 1997) : cet auteur a étudié de quelle manière la persuasion publicitaire (formulation des messages) pourrait dépendre de l'orientation régulatrice du destinataire. Cette théorie effectue une segmentation entre deux stratégies mises en œuvre par les individus : la stratégie d'approche : les individus cherchent à maximiser la probabilité d'obtenir un résultat positif à la recherche d'un besoin d'accomplissement et la stratégie d'évitement : les individus cherchent à minimiser l'occurrence d'un résultat négatif en privilégiant le besoin de sécurité (Gomez 2010). On dit alors que les premiers sont « orientés promotion » et les seconds sont orientés « prévention » (Higgins 2000). Autrement dit, lors de l'orientation de promotion, la prise

de décision se manifeste par l'empressement et la recherche de gains, alors que lors de l'orientation préventive la prise de décision est marquée par une vigilance accrue et le souhait d'éviter les pertes. Lee et Acker (2004) démontrent que des messages orientés de façon positive sont plus efficaces pour les individus orientés promotion, alors que les messages négatifs sont plus efficaces auprès des individus concernés par la sécurité et la sûreté. Dans le cadre de mesures de l'impact de messages anti tabac chez des adolescents, l'efficacité de messages a été démontrée lorsque l'orientation régulatrice du message correspond à l'orientation régulatrice des adolescents. L'impact du message est même accentué par l'alignement de l'orientation régulatrice du message, et le cadrage du message à l'orientation régulatrice de l'adolescent. (Zhao et Pechman 2007).

Les émotions liées à une menace (peur, culpabilité, honte)

Plus récemment (1980), l'impact des émotions sur le processus de persuasion des messages publicitaires fait l'objet de recherches, en particulier les effets des émotions sur l'attitude envers le message (Holbrook et Batra 1987). Ainsi, plusieurs émotions peuvent être ressenties face à un message menaçant et peuvent influencer le processus de persuasion (Gallopel-Morvan 2006 ; Dillard et Anderson 2004)

La peur :

Les messages utilisant la peur ont été développés afin d'augmenter l'attention et faire évoluer les comportements. Les évaluations des chercheurs montrent qu'il y a un lien significatif entre la peur ressentie, les attitudes envers un message et les intentions de comportement (Sutton 1982). Dans des contextes de santé très variés, Witte et Allen (2000) lors d'une méta analyse, notent que plus la peur ressentie est élevée, plus les attitudes, intentions et comportements sont modifiés dans le sens souhaité par l'annonceur pour une grande partie des études explorées (80/93), mais l'effet inverse est trouvé dans d'autres études (13/93) (Gallopel-Morvan 2006), mettant alors en valeur le fait que la peur déclenche une réaction de défense, qui conduit à nuire à l'efficacité du message. Ainsi, l'utilisation de la peur en communication, reste très controversée par les chercheurs, pointant de fréquents effets délétères liés à la mise en place de techniques défensives comme l'évitement du message, la minimisation de la menace, une attention sélective et partielle du message, la dévalorisation de la menace et le déni de l'implication personnelle (Keller et Block 1995) ainsi que leurs conséquences éthiques pour motiver les individus à suivre les recommandations de ces messages (Hasting et al 2004).

La honte et la culpabilité :

Les émotions de honte et de culpabilité ont été étudiées en lien avec la persuasion du message, en particulier pour la consommation d'alcool. Les résultats d'études sont contradictoires. En effet, si l'impact persuasif d'émotions négatives comme la honte et la culpabilité ont été démontrées (Bêcheur 2007), d'autres travaux suggèrent que les messages soulignant des émotions telles que la honte et la culpabilité peuvent avoir un effet opposé à celui attendu, c'est-à-dire, induire une attitude défensive des individus, les conduisant ainsi à sous estimer leur propre vulnérabilité et à consommer davantage d'alcool. Les auteurs montrent que ces effets de processus de défense sont opérationnels sous certaines conditions de compatibilité émotionnelle. (Agrawal et Duhachek 2010)

Les répétitions :

Quelques études en santé ont démontré que des expositions répétées du message sont plus efficaces qu'une seule présentation en créant une relation positive entre le nombre d'exposition et l'attitude (JL McCullogh 2003). Dans le domaine de la sécurité routière, les individus suivent plus facilement la recommandation d'un message qui fait peur s'il est répété trois fois au lieu de deux. (Rossiter et Thornton 2004).

4/Mais, les travaux sur la perception de la menace et les communications mises en œuvre présentent des limites.

Malgré les efforts effectués, la prise en compte d'améliorations en communication et une meilleure perception de la menace, les chiffres restent malgré tout encore éloquentes. Le surpoids progresse en France, l'obésité gagne toujours du terrain en 2009 ; Le taux de prévalence du diabète augmente également de façon continue entre 2000 et 2009. (INVS Institut National de Veille Sanitaire -BEH Nov 2010). Malgré une baisse régulière de la consommation de tabac depuis 10 ans en France (INVS 2007), une étude menée en 2008 par l'Alliance contre le tabac en Ile de France fait état d'une augmentation du tabac chez les jeunes de 13-18 ans : + 66% pour les 13-15ans et +16% pour les 16-18ans). Différents risques sont évoqués à travers de campagnes, messages et spots, qui informent et préviennent les individus des dangers qu'ils encourent. Pourtant, il apparaît qu'une grande partie de la population continue d'avoir des comportements inadaptés et/ou dangereux face aux risques (Klein 1996).

On observe donc un décalage entre la connaissance que les individus ont du risque qu'ils encourent et les comportements qu'ils adoptent. Dans cette perspective, la perception subjective que les individus ont des risques est à concevoir comme une prise en compte du comportement humain face à cette situation. Un certain nombre de biais interviennent dans cette perception et peuvent

apporter un éclairage sur la catégorie de ces décalages. Weinstein (1980) a été un des premiers chercheurs à développer le concept de l'optimiste comparatif .Il se définit comme la tendance des individus à croire qu'ils ont plus de chance que leurs pairs de vivre des évènements heureux, et moins de chance qu'autrui de faire l'expérience d'évènements négatifs . Cette approche a été particulièrement étudiée pour des évènements mettant en danger la santé physique (van der Velde, van der Pflist & Hooykaas 1994). Autrement dit, l'optimisme comparatif repose sur l'idée que le risque, s'il existe, ne concerne pas l'individu lui-même, mais les autres....faisant référence à l'expression « cela n'arrive qu'aux autres ». Les implications sont directes .En effet, un grand nombre de conducteurs ne se sentent pas visés par les campagnes de prévention, ils pensent que ces campagnes s'adressent avant tout aux autres qu'eux-mêmes (Delhomme 1991, Kouabenan 1999). Un travail de Tylor et Cook (1984) souligne que les campagnes de sécurité à travers les média affectent plutôt le risque perçu au niveau de la société, et non le risque individuel, le risque pour soi. Weinstein (1986) a testé lors d'une campagne pour le port de la ceinture de sécurité le fait de rendre saillant la vulnérabilité personnelle aux risques d'accidents obtient des résultats positifs qui se maintiennent dans le temps (taux de port de la ceinture de 61% 6 mois après la campagne). Schwarzer souligne également un biais d'optimisme vis-à-vis du danger : le biais défensif. Malgré la connaissance de risques existants, les individus ne prennent pas toujours les précautions pour s'en protéger. Certains auteurs (Perloff 1983, Slovic 1981) mentionnent également la notion de l'illusion d'invulnérabilité, qui reflète la tendance à se percevoir comme peu susceptible par rapport à autrui de subir les conséquences néfastes d'un évènement négatif. Ce type d'illusion pourrait provenir d'après les auteurs du contrôle perçu, mais aussi résulter des expériences de la vie. Pour Perloff (1983), le fait de n'avoir pas vécu des expériences malheureuses de la maladie contribue à ce que l'individu se sente plus invulnérable qu'autrui.

Pour encourager le changement de comportement et le passage à l'action, le fait d'augmenter la perception du risque le plus proche possible de la réalité peut s'avérer pertinent, ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Ainsi, le fait de percevoir un risque très élevé peut par exemple interrompre le processus d'information sur la santé (Keller et Block 1996).

Dans le cas des communications utilisant des appels à la peur, de réelles limites apparaissent lorsque le récepteur n'est pas capable de mettre en place la recommandation proposée dans le message, cela génère alors un effet boomerang qui accentue le comportement à risques, l'individu concentre son énergie sur la gestion de sa peur, et non sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre la menace.

Prochaska et des collaborateurs (1992) ont identifié de nombreux facteurs déterminant le passage d'un stade à un autre au sein du modèle transthéorique du changement. Pour la première étape de « pré contemplation, qui peut être considérée comme l'étape la plus résistante au changement, le déni, la minimisation et la rationalisation ont été identifiés comme des facteurs augmentant la résistance. Ainsi, Hanson (1995) lors d'une étude sur la consommation de tabac auprès d'étudiants, démontre que les fumeurs situés au stade de « précontemplation » utilisent plus de rationalisations pour justifier leur comportement que les non fumeurs ou que les ex fumeurs. Ils utilisent plus de rationalisation, comme justification, que les fumeurs situés à un autre stade, ce qui les rend moins susceptibles de changer de comportement après réception d'un message persuasif.

[Je suis en difficulté sur cette partie....](#)

5/Qu'est ce qui a été en partie ou relativement peu étudié dans la perception de la menace ?

Le rôle de la perception du temps.

La perception du temps peut être un élément fondamental, en particulier pour le changement de comportement en vue d'un acte de prévention en santé. En effet, en psychologie, les travaux de Fraisse (1967) ont permis de faire émerger le concept de temps perspective, cadre de l'activité humaine, qu'il définit de la façon suivante : « ... notre action à chaque instant ne dépend pas seulement de la situation dans laquelle nous sommes, mais de tout ce que nous avons vécu et de toutes nos anticipations de l'avenir »(Fraisse 1967).Ainsi, pour les psychologues, le temps linéaire qui s'écoule du passé au présent et futur est la base de la structure cognitive (Bergadaa1989). Pour Agarwal et Tripathi 1980), l'orientation temporelle se définit autour de trois zones : la zone orientée passé, présent ou futur. L'individu a ainsi une préférence ou une prédisposition à visualiser une de ces trois zones temporelles, en fonction du poids relatif qu'il donnera aux événements situés dans l'une ou l'autre zone. Raynor (1969) a été un des premiers chercheurs à effectuer un lien entre motivation et perspective temporelle. Il définit un aspect particulier de la motivation, autour de la notion d'un succès futur lié directement au succès d'une action dans le présent, Gjesme (1979) a développé une approche plus structurelle, où la motivation présente est fonction d'un but qui se situe dans le futur et que la distance à laquelle il se situe déterminera un état de motivation plus ou moins fort (Bergadaa 1989). L'auteur insiste sur le fait qu'il s'agit de la distance perçue par l'individu. Dans le domaine de la psychologie du risque, les auteurs ont pris en compte parmi les déterminants du risque, l'horizon temporel, en mentionnant l'impact du caractère immédiat ou différé des conséquences du risque (Kouabenan 2006, Slovic 1994, Mullet 1993). Ainsi les risques aux conséquences immédiates (accidents) semblent mieux perçus que ceux aux conséquences

lointaines(maladies). Dans le domaine de la santé, un travail sur l'impact d'un message préventif sur les intentions de changement de comportement pour les maladies coronariennes (attaque cardiaque et angine de poitrine) a pris en compte l'horizon temporel en mesurant la probabilité d'occurrence, différents niveaux de sévérités, sur 4 horizons de temps différents : maintenant à 5,10, 15ou 20 ans, (Frileux 2004).Il ressort que plus le risque est à court terme (5 à 10 ans) , plus le taux d'intention estimé d'adopter un nouveau comportement est élevé , en particulier chez les participants les plus âgés. Cependant les auteurs notent que la relation entre l'occurrence et l'horizon temporel n'est pas claire .Il serait intéressant d'étudier en quoi cette variable a un impact sur la perception du risque et de quelle manière elle interfère sur d'autres variables : l'occurrence, la sévérité, et les caractéristiques individuelles des percevants. Un autre travail effectué par Menon (2004) démontre la robustesse des effets d'un cadrage utilisant l'approche temporelle .Il s'agit de mesurer l'impact d'une communication de santé présentant des statistiques de prévalence d'une pathologie sur deux durée différentes : un jour versus un an. Suivant un protocole de trois études, l'auteur démontre que ce cadrage est un outil supplémentaire pour combattre le biais d'optimisme comparatif, du à l'impact proximal des statistiques communiquées « par jour »,au fait que la présentation de ces données interfèrent avec la notion de temps pour affecter les intentions vers un comportement futur de précaution .Les effets du cadre temporel imitent ceux des effets de la distance temporelle, si bien que les participants perçoivent le risque présenté de façon plus proche et plus concrète. La valence a également été testée montrant qu'une présentation négative à plus d'impact si elle est présentée sur un jour que sur un an.

Ces travaux évaluent essentiellement la dimension temporelle du risque, mais à notre connaissance peu de travaux ont été effectué sur la perception temporelle des individus. En quoi la motivation à mettre en œuvre un comportement préventif est il lié à l'horizon temporel de l'individu ?

Piste en cours de prise en compte : construal level theory (Trope) et temporal distance

Malgré les quelques travaux évoquant l'approche temporelle, cette dimension est à approfondir et à croiser avec d'autres dimension de la perception du risque : l'occurrence, la sévérité et des déterminants liés à la personne .

De même, en quoi la proximité spatiale peut elle intervenir dans la perception du risque ? La littérature aborde en partie ce point à travers différents travaux qui portent sur des facettes de la proximité spatiale.

La proximité spatiale

La notion de référence à soi (self-referencing).

La référence à soi est un concept développé par Rogers et Coll en 1979 ; Cela consiste à relier un message à l'expérience propre de l'individu. Rogers démontra que de juger le stimulus induit par les mots présentés dans le titre d'un message pour les descriptions personnelles produit un niveau plus élevé de mémorisation que de faire varier la taille des lettres du message. La mémorisation plus importante des mots jugés en référence à soi générerait un intérêt considérable. La littérature a démontré que l'utilisation de la référence à soi dans des messages publicitaires augmentait la persuasion des messages (Burnkrant et Unnava 1989). Chang (2011) a étudié l'impact de la référence à soi au travers de l'utilisation de deux questions, interne et externe, activant ainsi le traitement élaboré des messages. Les questions internes utilisent le « Vous » (you), qui réduit la distance psychologique .Les demandes externes sont des affirmations qui explicitement ou implicitement interpellent le récepteur pour augmenter son attention. Ces différentes tactiques accentuent l'efficacité perçue du message dans cette étude sur l'hépatite B en augmentant la référence à soi, seulement chez les individus qui se sentent concernés par le résultat de santé.

L'implication des personnes familières dans les messages de santé.

Agrawal , Menon et Acker (2007) examinent le rôle des émotions discrètes (joie et tristesse ; calme et agité) sur l'efficacité des messages de santé centré sur soi ou la famille. La dimension soi/famille fournit l'information qui interagit avec le référent du message pour déterminer la compatibilité. Lorsque les individus ont une émotion positive (bonheur ou paix), la compatibilité entre le référent du message (soi ou la famille) et les émotions discrètes alimentent les processus d'information santé, par contre lorsque l'émotion est négative , la compatibilité empêche le traitement du message. Lorsque la cible de comparaison est familière ou identifiable par l'individu, donc proche, cela diminue l'optimisme comparatif car les personnes ont davantage d'informations sur les individus qui leur sont familiers et prônent ainsi des attitudes plus réalistes (Perloff et Fetzer 1986, Menon 2004).

La notion d'expertise du risque par l'individu :

Elle peut se définir comme la connaissance du risque soit par le vécu de celui-ci, soit par des biais (entourage, information) La notion d'expertise a été abordée en rapport avec la théorie de l'optimisme irréaliste développée en psychologie de la santé (Weinstein 1987) .Cette théorie suggère qu'une des raisons pour lesquelles les personnes continuent d'adopter des comportements dangereux pour leur santé est leur mauvaise évaluation des risques et de leur vulnérabilité. L'auteur décrit 4 facteurs cognitifs qui renforcent l'optimisme irréaliste et en particulier le premier facteur : (1) le manque d'expérience du problème, (2) l'idée que le problème est évitable par un comportement adapté, (3) la croyance que si le problème n'est pas encore apparu, il n'apparaîtra pas, (4) la croyance que le problème est rare.

Un autre niveau peut être d'avoir été confronté indirectement à la maladie par un de ses proches. Lorsque l'on vit aux côtés de quelqu'un qui est malade, l'expérience est en partie partagée. De ce fait, la sensibilisation à la pathologie a été développée. Cette expérience par ce biais pourrait avoir un impact sur la vulnérabilité et la capacité à mettre en œuvre des comportements plus sécuritaires.

L'arbitrage en fonction du bénéfice perçu le plus proche. La notion de pertes ou de bénéfice immédiat, s'appuie sur la théorie de l'utilité espérée subjective(Edwards 1954), où les individus décident de leur comportement après avoir évalué de manière subjective leurs coûts et leurs bénéfices. Ainsi, une personne qui fume continuera de fumer car elle arbitrera entre la gestion de son stress par le tabac et le risque d'avoir un cancer à moyen terme. Par cet arbitrage, l'individu effectue un choix entre des risques concomitants en fonction d'une vision à court terme des bénéfices perçus.

Bibliographie (en cours de finalisation)

- Agrawal N, Duhachek A (2010) “Emotional Compatibility and the Effectiveness of Anti drinking Messages : A defensive Processing Perspective on Shame and Guilt” *Journal of marketing research*, 47 (april), 263-273
- Agrawal N, Menon G, Aacker J.L 2007, “Getting Emotional about Health” *Journal of marketing research*, vol 43, Feb,100-113.
- Aiken, West S.G, Woodwark C.K (1994), “Health beliefs and compliance with mammography-screening : Recommendation in asymptomatic women” *Health psychology*,vol13(2),122-29
- Bêcheur I, Dib H, Valette –Florence P (2007), actes du XXIII Congrès International de AFM .Aix les bains
- Dillard JP et Anderson J.W (2004) “The role of fear in persuasion” *Psychology and marketing*, 21, 909-926
- Edwards W 1954 The theory of decision making, *Psychological Bulletin*, 41, 380-417
- Gallopel-Morvan K ,2006, recherché et applications en marketing, vol 21, 4, 41-60
- Glanz K,Rimer B.K, Viswanath K ,2008, *Health Behavior, Health Education* Ed Jossey Bass
- Hastings G, Stead M, Webb J 2004, Fear appeals in social marketing: strategic and ethical reasons for concern, *Psychology and Marketing*, 21, 11, 961-986
- Keller P.A (2006) “ Regulatory focus and efficacy of health messages” *Journal of consumer research*,33(June),109-114
- McCullough J.L, Lee, Ostrom J., Thomas M. “Repetition of highly similar messages and attitude change” *Journal of applied psychology* vol 59 ,(3), 395-399
- Mahereswaran D et Meyers- Levy J 1990, » The influence of message framing and issue involvemen”*Journal of marketing research*, 27, August,361-67
- Menon , 2004
- Ménon, Raghubir et Agrawal 2006 *Health risk perceptions and consumer behavior, the handbook of consumer psychology*, 981-1010
- Robinson et coll (2010)
- Rosentstock I.M 1974 The health Belief model and preventive health behavior, *health education monograph*2, 354-368
- Sutton S.R(1982) *Fear arousing communications : a critical examination of theory and research* , *Social Psychology studies and behavioral medicine* ,Ed J.R Eiser, City, John Wiley and sons Ltd 303-337.
- Wurtele S.K and Maddux J.F (1987) Relative contributions of protection motivation theory components in predicting exercise intentions and behavior, *Health Psychology*,6, 453-66
- Zhao C, Pechmann C 2007 “The Impact of Regulatory Focus on Adolescents: Response to Antismoking Advertising Campaigns,” *Journal of Marketing Research*, 44 (November), 671-687.