De la motivation à l'implication : application de l'entretien motivationnel et de la communication engageante au dépistage du cancer colorectal. Études randomisées contrôlées

Guillaume Broc

▶ **To cite this version:**

Guillaume Broc. De la motivation à l'implication : application de l'entretien motivationnel et de la communication engageante au dépistage du cancer colorectal. Études randomisées contrôlées. Psychologie. Université de Bordeaux, 2014. Français. ⟨NNT : 2014BORD0020⟩. ⟨tel-01172497⟩

HAL Id: tel-01172497

https://theses.hal.science/tel-01172497v1

Submitted on 7 Jul 2015

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.

HAL Authorization

université de BORDEAUX

THÈSE PRÉSENTÉE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE

L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Sciences de la vie et de la santé

Discipline : Psychologie

Par **Guillaume BROC**

De la motivation à l'implication :

Application de l'entretien motivationnel et de la communication engageante au dépistage du cancer colorectal. Études randomisées contrôlées

Sous la direction du Professeur Kamel GANA

Soutenue le 5 février 2014

Membres du jury :

Pr Kamel GANA, Université de Bordeaux (Directeur de thèse)
Pr Fabien GIRANDOLA, Université Aix-Marseille (Rapporteur)
Dr Alexandre PASCUAL, MCF-HDR, Université de Bordeaux
Pr Marie PREAU, Université de Lyon 2 (Présidente du jury)
Pr Cyril TARQUINIO, Université de Lorraine (Rapporteur)

De la motivation à l'implication :
Application de l'entretien motivationnel et de la communication engageante au dépistage du cancer colorectal. Études randomisées contrôlées

Résumé

Inscription de la thèse. La présente thèse a fait l'objet d'une Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRE) entre le laboratoire de Psychologie *EA-4139 Santé et Qualité de Vie* de Bordeaux et l'*Association pour le Dépistage du Cancer Colorectal* (ADECA Alsace) à Colmar.
Objectifs. L'objectif principal de la thèse était d'améliorer la participation des 50-75 ans au programme de dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace, cela dans le respect de leur autonomie de décision. La thèse était aussi l'occasion de mieux cerner les facteurs d'adhérence aux recommandations de santé.

Plan de la thèse. La thèse se compose en deux grandes parties. Dans une première partie, théorique, nous nous sommes interrogés sur la place de la prévention dans nos sociétés hypermodernes (Aubert, 2006) tout en proposant une lecture intégrative de l'adhérence à travers le concept de motivation (Carré et Fenouillet, 2009). Le modèle articule en particulier les apports de l'autorégulation (Hall et Fong, 2007), de l'autodétermination (Ryan et Deci, 2000) et de la dissonance (Festinger, 1957). Il adresse aux professionnels de santé un certain nombre de préconisations destinées à les aider à optimiser leur communication de prévention.

Dans une seconde partie, empirique, nous présentons les études randomisées contrôlées mettant à l'épreuve des faits les éléments du modèle articulateur. Deux stratégies motivationnelles ont été testées. Toutes deux greffées sur le dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace. La première étude (N=48 413) a fait l'objet d'un article publié dans la revue médicale *Gastroenterology* et de deux communications, dont une internationale à la *Disease Digestive Week* de San Diego. Elle évalue l'apport d'un conseil téléphonique ajusté guidée par une approche transthéorique de la motivation (Weinstein, 1988), en particulier l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2006). La deuxième étude randomisée contrôlée (N=22397) est une intervention motivationnelle postale axée sur l'autonomie et l'implication. Elle s'inspire du choix informé (Gøtzsche et al., 2008) et de la communication engageante (Girandola et Joule, 2008).
Principaux résultats. Les résultats démontrent dans la première étude qu'un conseil téléphonique personnalisé décuple le retour des exclusions médicales (19,2%>1,8%) χ^2 (1, N=26425) = 2,603^{E}3 ; p=.000 et permet de doubler, voire tripler la participation par rapport au courrier (30,4%>9,2%) χ^2 (1, N=22535) = 1,140^{E}3 ; p=.000 quel que soit le type de conseil χ^2 (1, N=2 182) =1,195 ; p=.274. La procédure témoigne en revanche d'un réel écueil de faisabilité par rapport au courrier (3,8%<9,2%) χ^2 (1, N=46773) = 5,781^{E}2 ; p.000. La deuxième étude montre un bénéfice du choix informé sur la satisfaction du sujet eu égard au processus d'information F (4, N=63) = 8,570 ; p=.000 mais aucun effet du type de courrier sur la participation en phase de première invitation χ^2 (4, N=11470) = 3,012 ; p=.556 comme en relance χ^2 (4, N=10610) = 4,352 ; p=.360.
Discussion. Les résultats sont discutés et interprétés à l'appui des considérations théoriques du modèle articulateur. Des préconisations pour les professionnels et pour des recherches futures sont soumises en fin de thèse.

Mots clefs. Motivation ; dépistage organisé ; cancer colorectal ; entretien motivationnel ; communication engageante ; études randomisées contrôlées.

From motivation to implication:
Applying motivational interviewing and binding communication to colorectal cancer screening program. Randomized controled trials.

Abstract

Context of the thesis: The present thesis is part of an Industrial Convention of Formation by Research (CIFRE) between the laboratory of Psychology *EA-4139 Santé et Qualité de Vie* of Bordeaux and the *Association pour le Dépistage du Cancer Colorectal en Alsace* (ADECA Alsace) in Colmar.

Aims of the study: The main objective of the thesis was to improve the involvement of the 50-75 years old segment of the population of Alsace in the organized colorectal cancer screening, whilst respecting their personal decision. The thesis was also the opportunity to get a better understanding of the adherence factors to health recommendations.

Structure of the thesis: The thesis is made up of two main parts. In a first theoretical part, we looked into the place of the prevention in our hypermodern societies (Aubert, 2006) while proposing an integrative reading of adherence through the concept of motivation (Carré & Fenouillet, 2009).

The model underlines especially the contribution of self-regulation (Hall & Fong, 2007), self-determination (Ryan & Deci, 2000) and dissonance (Festinger, 1957). It provides health professionals with a wide range of recommendations to help them optimize their communication on prevention. In a second empirical part, we have put to the test the components of the articulator model by the randomized controlled studies and, in this way, tested two motivational strategies both related to organized colorectal cancer screening program in Alsace.

The first study (N=48 413) resulted in an article published in the *Gastroenterology* medical review and two conferences, one of which in the international Disease Digestive Week in San Diego. It evaluates the contribution of an adjusted phone counselling guided by a transtheoric approach of motivation (Weinstein, 1988), amongst other things motivational interviewing (Miller & Rollnick, 2006).

The second randomized controlled study (N=22397) is a postal motivational intervention focused on self-reliance and involvement inspired by the informed choice (Gøtzsche et al., 2008) and the engaging communication (Girandola & Joule, 2008).

Main outcomes: The results of the first study demonstrate that an individualized phone counselling enables to get a tenfold increase in the return of medical exclusions (19,2%>1,8%) χ^2 (1, N=26425) = 2,603^{E}3 ; p=.000 and to double or even triple the participation compared to mail (30,4%> 9,2%) χ2 (1, N=22535) = 1,140E3; p=.000 whatever the type of advice χ2 (1, N=2 182) =1,195; p=.274. However, the procedure encounters barriers with regard to its feasibility compared to mail (3,8%< 9,2%) χ2 (1, N=46773) = 5,781E2; p.000. The second study shows a benefit of the informed choice on the satisfaction of the subject related to the information process F (4, N=63) = 8,570 ; p=.000 but no effects of the type of mail on the participation in the course of the phase of first invitation χ^2 (4, N=11470) = 3,012 ; p=.556 and even in the relaunching process χ^2 (4, N=10610) = 4,352 ; p=.360.

Discussion: The results are discussed and interpreted with the support of the theoretical consideration of the articulator model. Recommendations for health professionals and further research projects are submitted at the end of the thesis.

Key words. Motivation; organized screening program; colorectal cancer; motivational interviewing ; binding communication ; randomized controlled studies.

Remerciements.

Cette thèse a fait l'objet d'une Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRE) entre le Laboratoire de Psychologie EA-4139 *Santé et Qualité de Vie* de Bordeaux et l'Association pour le Dépistage du Cancer colorectal en Alsace (ADECA Alsace) à Colmar.

En premier lieu, je tiens à remercier ADECA Alsace et particulièrement son président, le Dr. Bernard Denis, sans qui cette thèse CIFRE n'aurait pas pu se faire. Je lui suis reconnaissant de la confiance qu'il m'a accordée et du regard qu'il a su m'apporter tant sur le dépistage que sur la pratique professionnelle. Côté entreprise, je remercie également le Dr. Philippe Perrin, directeur d'ADECA Alsace, de l'intérêt et des moyens mis en œuvre à la réalisation de cette recherche. Un grand merci aussi au Dr. Isabelle Gendre qui a su me soutenir et m'épauler durant toutes ses années. Par ses conseils, elle m'a aidé à me remettre en question tant sur le plan de la recherche que sur le plan professionnel et personnel. Merci également à Benoît Messmer pour son aide inestimable à la mise en place des interventions. Je lui suis gré de sa disponibilité, de sa bonne humeur et pour nos très nombreuses discussions. Je remercie aussi le Dr. Patrick Strentz de m'avoir transmis son expérience et sa pratique de l'entretien motivationnel. Une pensée également à Chantal, Danièle et Maud, qui m'ont aidé à mener les entretiens ainsi qu'à toute l'équipe d'ADECA Alsace.

Côté laboratoire, je tiens tout d'abord à vivement remercier Kamel Gana de m'avoir accompagné et motivé durant toutes ces années. Je le remercie particulièrement pour son ambition me concernant et pour m'avoir ainsi valorisé et mis en confiance dans mes capacités. Ses attentes, ses critiques et son aide m'ont été précieuses pour me remettre en question, persévérer et aboutir au final à la réalisation de cette thèse. Un grand merci également à Alexandre Pascual qui m'a soutenu depuis le début et dont les questionnements sur ma recherche m'ont beaucoup aidé à progresser. Je lui suis par ailleurs gré de compter parmi le jury de soutenance de ma thèse. Je remercie par ailleurs l'ensemble du corps enseignant de l'Université de Bordeaux qui a su me former et m'intéresser à la psychologie, avec une pensée particulière pour Marie-Line Félonneau qui la première m'a poussé à faire de la recherche. Je remercie également les chercheurs du Laboratoire de Psychologie des Cognitions de l'Université de Strasbourg pour m'avoir permis d'assister à leurs séminaires. Leur regard sur ma thèse a été plus qu'appréciable.

Je tiens aussi à remercier les membres du jury, les professeurs Fabien Girandola, Marie Préau et Cyril Tarquinio ainsi qu'Alexandre Pascual pour avoir accepté d'apporter leur lecture critique à ce travail.

Je remercie mes parents et toute ma famille pour leur confiance et leur soutien sans faille durant toutes ces années. Merci à Mélodie qui partage ma vie et m'a encouragé à faire cette thèse. Un grand merci pour avoir toujours été là, pour m'avoir suivi jusqu'en Alsace et pour m'avoir donné la force. Une pensée également pour mes amis Rémi et Kissala qui n'ont eu de cesse de m'épauler et de croire en moi. Je les remercie pour leur bienveillance, leur écoute et leur appui.

Table des matières.

Introduction 9

PARTIE THÉORIQUE. 12

Contexte de l'étude 13

I. Demande du terrain. 13
1. Intérêt du Dépistage Organisé du Cancer Colorectal 13
2. Description du problème de Santé Publique 14
3. Articulation de la recherche 14

II. Etude du contexte sociétal 15
1. Hypermodernité et système de valeurs 15
2. La représentation sociétale du cancer 16
3. La prévention en question 17
4. Des campagnes inadaptées 18

Les modèles explicatifs de l'adhérence 21

I. Les modèles sociocognitifs classiques 21
1. Le modèle de la croyance relative à la santé 21
   1.1. L'évaluation de la menace 22
   1.2. La perception des bénéfices et des barrières 22
   1.3. Les indices de l'action 22
   1.4. Validité du modèle 23
2. Théories de l'action raisonnée et du comportement planifié 24
   2.1. Les normes subjectives 25
   2.2. La perception de contrôle comportemental 26
   2.3. Pertinence et limites des modèles 27
3. La théorie sociocognitive 28
   3.1. L'efficacité perçue 28
   3.2. Le sentiment d'auto-efficacité 29
   3.3. L'influence des renforcements 30
   3.4. Applications du modèle 31
   3.5. Les principaux apports 32

II. L'appel à la peur 33
1. Le modèle de motivation à la réduction 34
   1.1. Une relation curviligne inversée 34
   1.2. Les effets de cadrage 35
   1.3. Critique des effets directs de la peur 36
2. La peur dans les modèles de l'expectative et de l'autorégulation 37
   2.1. Le modèle de la motivation à la protection 37
      2.1.1. La fonction multiplicative du jugement 37
      2.1.2. Une importante omission 38
      2.1.3. La conceptualisation révisée 38
      2.1.4. Validité du modèle 39
   2.2. Peur et autorégulation : le paradigme des réponses parallèles 40

2.2.1. Le principe d'autorégulation ... 40
2.2.2. Le modèle des réponses parallèles ... 41
2.2.3. Le modèle étendu des réponses parallèles ... 43
2.2.4. Une conception référente ... 43
2.3. Communication et interférence de l'émotion ... 44
2.3.1. Les processus duaux de traitement de la communication ... 45
2.3.2. Biais et parasitage de l'émotion ... 46
2.3.3. La théorie du système biaisé défensif ... 46
3. Synthèse des appels à la peur ... 48
III. La perspective temporelle de l'autorégulation ... 49
1. Le poids de l'orientation temporelle ... 50
1.1. Protection immédiate et contrôle ... 50
1.2. Les contingences temporelles ... 51
1.3. Les différents rapports au temps ... 52
1.4. Précarité et temporalité ... 55
2. Habitudes et actes passés ... 56
2.1. La prépondérance du comportement ... 57
2.2. La planification de l'intention ... 58
2.3. Intention et investissement ... 59

Proposition d'une lecture articulatoire ... 62

I. Besoins et architecture du système ... 62
1. Tenants et aboutissants de la motivation ... 62
1.1. La motivation comme énergie ... 62
1.2. L'orientation vers un but ... 63
1.2.1. Le concept de cognition motivée ... 63
1.2.2. Des buts directionnels autorégulés ... 64
1.3. Autodétermination et persistance de la motivation ... 65
1.3.1. Auto-attribution et process d'internalisation ... 65
1.3.2. Le cas de la mésattribution ... 67
2. Les principes de fonctionnement du système ... 67
II. De la motivation à l'adhérence ... 68
1. La détermination du besoin de régulation ... 69
1.1. Traitement et analyse des stimulations ... 69
1.2. Imputation et hiérarchisation de l'inconfort ... 70
1.2.1. Identification causale du malaise ... 71
1.2.2. Hiérarchisation de l'inconfort ... 71
2. L'entreprise de la régulation ... 72
2.1. Ambivalence et non régulation ... 72
2.2. Les stratégies de régulation ... 72
2.2.1. Automatismes et tendances de régulation ... 73
2.2.2. La recherche de solutions ... 73
3. Analyse et répercussions du feedback ... 74
3.1. Autodétermination et inférence de la motivation ... 75
3.2. Objets ambivalents et tension-rebond ... 75

Problématique et objectifs de la thèse ... 78

I. Rappel des objectifs de la thèse ... 78
II. Recours au modèle articulateur ... 78

III. Procédures empiriques envisagées 79
1. L'option d'un conseil ajusté par téléphone 79
2. L'option de mise en œuvre d'un contexte d'autonomie et d'implication 80

PARTIE EMPIRIQUE : ÉTUDES RANDOMISÉES CONTRÔLÉES 81

Etude 1. Conseil téléphonique sur le cancer colorectal ou programme Cotelco 82

I. Introduction 82
1. Objectifs de l'étude 82
2. Cadre théorique et paradigmes exploités 82
2.1. Le modèle transthéorique 82
2.1.1. Les pré-conditions à l'initiation du travail de changement 83
2.1.1.1. Motivation et implication 83
2.1.1.2. Une alliance thérapeutique indispensable 83
2.1.2. Stades et processus du changement 84
2.1.2.1. Le stade de pré-considération 85
2.1.2.2. Le stade de contemplation 86
2.1.2.3. Le stade de détermination 87
2.1.2.4. La phase d'action 88
2.1.2.5. Maintenance et rechute 89
2.1.3. Intérêt d'un conseil ajusté 90
2.2. L'entretien motivationnel 91
2.2.1. Un nouveau regard dans la relation d'aide 91
2.2.1.1. Conflits et motivations intrinsèques 92
2.2.1.2. Le phénomène de résistance 92
2.2.1.3. L'esprit motivationnel 93
2.2.2. Principes et fondements de l'entretien motivationnel 94
2.2.2.1. Exprimer l'empathie 94
2.2.2.2. Développer les divergences 95
2.2.2.3. Rouler avec la résistance 96
2.2.2.4. Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle 96
2.2.3. L'entretien motivationnel en pratique 97
2.2.3.1. Susciter et renforcer le discours-changement 97
2.2.3.1.1. Les outils d'exploration et de renforcement 98
2.2.3.1.2. Techniques et méthodes directives 100
2.2.3.2. Renforcer le discours-engagement 101
2.2.3.2.1. De l'impératif de guetter les signes d'entrée en phase 2 101
2.2.3.2.2. La négociation du plan de changement 102
2.2.4. L'entretien motivationnel sur le terrain 103
2.2.4.1. Conditions et effets de l'intervention 104
2.2.4.2. Préconisations d'usage et défense de l'entretien motivationnel 105
3. Intérêt de l'outil au regard des objectifs de l'étude et hypothèses théoriques 106
3.1. Hypothèse sur l'optimisation du processus décisionnel 106
3.2. Hypothèses sur l'amélioration de la participation ajustée 106
3.3. Compréhension des facteurs de participation 107
4. Conformité de la stratégie aux principes théoriques du modèle articulateur 108

II. Méthode 109
1. Participants 109
2. Procédure 110
2.1. Outils 110

2.1.1. Dispense d'un conseil simple ou motivationnel 110
2.1.2. Programmation des entretiens téléphoniques 111
2.1.3. Calendrier des appels 111
2.1.4. Embauche et formation des conseillers 111
2.2. Mesures 112
2.2.1. Opérationnalisation de l'objectif 1 112
2.2.2. Opérationnalisation de l'objectif 2 114
2.2.3. Opérationnalisation de l'objectif secondaire 115
III. Résultats 116
1. Echantillon définitif 116
1.1. Eligibilité à l'étude 116
1.2. Groupe téléphone et accessibilité 117
2. Statistiques descriptives 117
2.1. Caractéristiques sociodémographiques 117
2.2. Caractéristiques socioéconomiques 118
2.3. Adhérence passée 118
3. Vérification de l'hypothèse H1 sur l'évolution décisionnelle 119
4. Vérification des hypothèses H2, H3, H4 et H5 sur la participation ajustée 121
4.1. Remontée des inéligibilités médicales au test 121
4.2. Mesure de la participation ajustée en analyse per protocole 121
4.3. Mesure de la participation ajustée en intention de traiter 122
5. Résultats relatifs à l'objectif secondaire sur les facteurs de participation 123
5.1. Impact des facteurs sociodémographiques 123
5.2. Impact des facteurs socioéconomiques 123
5.3. Impact des facteurs d'engagement 124
5.4. Impact du médecin traitant 125
IV. Discussion 125
1. Effet du média téléphonique sur la distribution de la population 125
2. Effet bénéfique de l'appel dans le retour des exclusions 127
3. Effet bénéfique de l'appel sur la participation per protocole 127
4. Effet délétère de l'appel sur la participation en intention de traiter 128
5. Absence d'effet de la procédure de conseil téléphonique 129
6. Effet du conseil ciblé sur les trois premiers stades PAPM 131
7. Examen des facteurs de participation 132
V. Conclusion 134
1. Intérêt du programme Cotelco au regard des objectifs de l'étude 134
2. Limites et préconisations 135

Etude 2. Courrier_psy 138

I. Introduction 138
1. Objectifs de l'étude 138
2. Cadre théorique et paradigmes exploités 139
2.1. La perspective d'un Choix Informé 139
2.1.1. Spécificité de l'approche 140
2.1.2. Intérêt de la stratégie 140
2.1.3. Limites et écueils d'un choix informé 141
2.2. La perspective d'une Communication Engageante 142
2.2.1. Engagement et émergence de la motivation autonome 142
2.2.2. Effets de l'engagement 143
2.2.2.1. Les effets sur la cognition 143
2.2.2.2. Les effets sur le comportement 144

2.2.3. Une considération des autres pans de la motivation 145
2.2.3.1. L'influence des attributions 146
2.2.3.2. Respect des normes et maintien d'une image positive de soi 147
2.2.3.3. L'influence des heuristiques et de la perception 147
2.2.3.4. La motivation à la résolution d'une tension 148
2.2.4. Atouts et pertinence de l'approche en prévention 150
3. Intérêt des outils au vu des objectifs de l'étude 152
3.1. Intérêt d'un choix informé 152
3.2. Intérêt d'un recours à une communication engageante 153
3.2.1. Intérêt d'une communication persuasive 153
3.2.2. Intérêt d'une adaptation du pied-dans-la-porte 154
3.2.3. Intérêt d'une adaptation de la porte-au-nez 155
3.2.4. Conformité de la communication engageante avec l'articulation 155
4. Formalisation des hypothèses théoriques 156
II. Méthode 157
1. Population 157
2. Procédure 158
2.1. Constitution des groupes et intégration des sujets 158
2.1.1. Groupe 1. Invitation 158
2.1.2. Groupe 2. Relance 2 159
2.2. Outils 160
2.2.1. Matériel 160
2.2.2. Déclination des courriers 161
2.2.2.1. Le courrier classique GC 161
2.2.2.2. Déclinaison du courrier A 162
2.2.2.3. Déclinaison du courrier B 163
2.2.2.4. Déclinaison du courrier C 164
2.2.2.5. Déclinaison du courrier D 165
2.3. Mesures 166
2.3.1. Opérationnalisation de l'objectif 1 166
2.3.1.1. Planification d'une enquête téléphonique de satisfaction 166
2.3.1.2. Elaboration du guide d'entretien et de la grille d'analyse 167
2.3.1.3. Formulation de l'hypothèse opérationnelle H1 167
2.3.2. Opérationnalisation de l'objectif 2 168
2.3.3. Opérationnalisation de l'objectif secondaire 168
III. Résultats 169
1. Echantillon définitif 169
1.1. Profils de population 169
1.2. Incohérences et correctifs 170
1.3. Population après mutation 170
2. Statistiques descriptives 171
3. Vérification de l'hypothèse H1 sur la qualité décisionnelle 172
3.1. Traitement du courrier 173
3.2. Analyse des données de l'échelle d'attitude 174
3.3. Retour sur l'hypothèse H1 176
4. Vérification des hypothèses H2 et H3 sur la participation ajustée 176
4.1. Remontée des motifs de non participation 176
4.2. Mesure de la participation ajustée 178
5. Résultats relatifs à l'objectif secondaire sur les facteurs de participation 178
5.1. Statut sociodémographique 178
5.2. Engagement et engagement néfaste 179
IV. Discussion 181
1. Observation des écarts constatés 181

2. Retour sur l'absence générale de différence inter-procédures 183
V. Conclusion 185
1. Intérêt de l'étude au regard des objectifs de la thèse 185
2. Limites et préconisations 186

Conclusion générale et bilan de la thèse 190

I. Une réflexion autour du dépistage organisé du cancer colorectal 190
II. Des objectifs appliqués 191
III. Un état de l'art de la littérature sur la motivation à l'adhérence 191
IV. L'évaluation de deux stratégies appliquées 192
V. Des résultats plus ou moins mitigés au vu des objectifs de la thèse 192
1. Optimisation de l'aide à la décision 192
2. Augmentation de la participation ajustée au dispositif 193
3. Compréhension des facteurs de participation 193
VI. Préconisations 194
VII. Recherches et pistes d'investigation 195

Références 197

Documents 234

Liste des abréviations 236

Introduction

L'avancée des connaissances médicales sur le cancer et de la recherche en oncologie a de quoi impressionner. Il est ainsi désormais de plus en plus admis de faire reculer la maladie, de s'en remettre et même bien souvent d'en guérir lorsque les conditions de prise en charge l'autorisent (localisation de la tumeur, diagnostic précoce). La place de la prévention est en ce sens centrale[1]. Notre compréhension du cancer rend possible la mise en place de dispositifs de dépistage de plus en plus adaptés. Cinq cancers sont d'ores et déjà plus ou moins détectables à un stade précoce (sein, colon-rectum, col de l'utérus, peau, prostate) et font l'objet de campagnes de prévention[2]. Demain, de nouveaux dispositifs verront peut-être jour, tels que la détection olfactive des tumeurs (Cornu1, Girardet et Cussenot, 2010 ; Xu et al., 2013). Le cancer ne deviendrait plus alors, à en croire l'ambition de certains annonceurs[3], qu'une maladie parmi tant d'autres.

Pourtant, l'avancée médicale devient caduque dès lors que la population ne profite pas des moyens de prévention et de prise en charge mis à sa disposition. La problématique de l'adhérence aux recommandations devient de fait elle-aussi un incontournable de la prévention santé. Pourquoi par exemple les individus semblent-ils faire fi des facteurs de risque et de protection relatifs à leur santé ? Pourquoi ne saisissent-ils pas l'occasion de se faire vacciner (*cancer du col utérin*) ou dépister ? Pourquoi ne suivent-ils pas l'adage « *mieux vaut prévenir que guérir* », allant jusqu'à parfois même ne pas se soigner ? A travers ce travail de thèse, nous avons souhaité apporter un éclairage psychologique, sociologique et même philosophique sur ces questions. L'enjeu ne se limite pas au fait de préserver la santé et le bien-être des populations concernées par ces dispositifs. Il est aussi, par un diagnostic précoce de la maladie, d'alléger le coût de prise en charge des cancers guérissables, et donc de réduire les dépenses de santé publique (Renaud, Com-Ruelle et Lucas-Gabrielli, 2008).

Notre thèse a donc fait l'objet d'un partenariat CIFRE entre le laboratoire de Psychologie *EA/4139 - Santé et Qualité de Vie* - de Bordeaux et l'*Association pour le Dépistage du Cancer Colorectal en Alsace* (ADECA Alsace). La structure est basée à Colmar. Elle est responsable du dépistage organisé dans le Haut-Rhin et le Bas-Rhin. Notre mission au sein de

[1] Institut National du Cancer (INCa).
[2] Ligue Contre le Cancer.
[3] Campagne « *ne vous inquiétez pas, c'est juste un cancer* » pensé par l'Association pour la Recherche sur le Cancer (Fondation ARC).

cette association a été de trouver un moyen d'améliorer avec efficience la participation dans les deux départements.

La thèse se compose en deux grandes parties. L'une théorique, l'autre empirique. Dans la partie théorique, nous sommes partis d'une étude de contexte pour situer précisément l'enjeu de la participation au programme de dépistage organisé. Nous avons cherché à déterminer la place du cancer et de la prévention dans notre société (croyances, représentations), et quelles répercussions pouvait-il y avoir sur l'adhérence des individus aux recommandations. Nous avons ensuite cherché à mieux comprendre le phénomène d'adhérence à travers une revue de littérature sur les modèles explicatifs du comportement. Nous avons notamment parcouru les théories sociocognitives classiques (Ajzen et Madden, 1986 ; Rosenstock, 1966), les appels à la peur (Janis, 1967 ; Rogers, 1975), la théorie de l'autorégulation (Bandura, 1991 ; Leventhal et al., 1984) ou encore de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2000) en passant par l'étude de la dissonance (Festinger, 1957 ; Girandola, 1996 ; Joule, 1987a). Enfin, à l'issu de ce travail, nous avons proposé une lecture articulatoire de ces modèles à travers le concept de motivation (Carré et Fenouillet, 2009 ; Vallerand, 1997) au sein d'un modèle explicatif et intégratif du comportement. Ce modèle adresse aux professionnels de santé un certain nombre de préconisations susceptibles de les aider à optimiser leur communication de prévention.

La partie empirique présente les deux études randomisées contrôlées appliquées au dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace qui mettent à l'épreuve des faits ces préconisations. La première étude propose d'évaluer l'intérêt d'un conseil téléphonique personnalisé inspiré de l'approche transthéorique (Prochaska et DiClemente, 1982 ; 1983 ; Weinstein, 1988) et de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2006 ; Rollnick et al., 2009). La deuxième étude propose quant à elle une intervention motivationnelle postale axée sur l'autonomie et l'implication, laquelle s'inspire du choix informé (Gøtzsche et al., 2008 ; Jørgensen et al., 2008) et de la communication engageante (Girandola et Joule, 2008 ; Joule, Py et Bernard, 2004). En partie discussion, nous revenons sur les observations et les résultats obtenus, les nuançons et les interprétons à la lumière des apports de la psychologie appliquée. Des préconisations pour les professionnels et pour des recherches futures ont été soumises en fin de thèse.

Dans la tradition de la CIFRE, nous avons aspiré à concilier la recherche empirique (*méthodologie*, *paradigmes*) avec les exigences du terrain professionnel (*réponse à la demande*, *respect du cahier des charges*, *aval des différents comités*, *faisabilité*). Le travail de

thèse a souhaité dépasser le clivage qui déchire les deux institutions du savoir (Job, 1988). Il a été le prétexte pour mettre en exergue leur complémentarité (Fishbein et Guinan, 1996).

PARTIE THÉORIQUE.

Contexte de l'étude

I. Demande du terrain.

1. Intérêt du Dépistage Organisé du Cancer Colorectal

En France, le cancer colorectal est le troisième cancer en termes d'incidence (*40.000 nouveaux cas annuels*) et la deuxième cause de décès par cancer (*plus de 17.000 décès par an*) (InVS, INCa, 2011). Avec 500 décès par an en Alsace, le cancer colorectal fait pratiquement autant de morts que les cancers du sein, de la prostate et du col de l'utérus réunis (CépiDc et Inserm, 1979-2010). A la base, il s'agit d'une excroissance ou *polype* qui se développe sur la paroi interne du gros intestin. Fréquent dès 50 ans, il n'occasionne aucun symptôme au début et peut évoluer en cancer en une dizaine d'années.

Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal repose sur la sollicitation biennale des 50-75 ans à réaliser un test de recherche de sang dans les selles (*test Hemoccult*®). Un dépistage régulier augmente les chances de diagnostiquer tôt le cancer colorectal (*20% de cancers métastasés contre 50% sans dépistage*), cela avant qu'il ne donne des signes visibles et ne soit plus difficile à traiter. Le cancer peut dès lors être guéri 9 fois sur 10. Il peut même être évité. La mortalité par cancer colorectal reculerait ainsi de 15 à 20% avec une adhérence de 50% au dépistage organisé (Faivre et al., 2004 ; Hardcastle et al., 1996 ; Kronberg et al., 1996).

Déceler plus tôt, c'est intervenir plus facilement, avec plus d'efficacité. C'est aussi un des grands enjeux de la dépense médicale (Renaud, Com-Ruelle et Lucas-Gabrielli, 2008). L'INCa (2007) évalue ainsi à 2 milliard d'euros le coût de prise en charge des cancers digestifs, coût principalement imputable à l'hospitalisation (ORSAL, 2013). Déceler tôt permet d'intervenir à un stade précoce du cancer. Cela permet d'alléger la prise en charge et donc de réduire certaines dépenses (*actes chirurgicaux, chimiothérapie, radiothérapie*). Participer relève dès lors de l'intérêt commun.

Dans cette optique, le dépistage organisé est pris en charge par l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé et les Conseils Généraux. La mesure est incitative. Elle vise une participation de 50% pour assurer la rentabilité du dispositif.

2. Description du problème de Santé Publique

La participation nationale au dépistage organisé du cancer colorectal n'est cependant que de 31,7% en 2011-2012 (InVS, 2012), en légère baisse par rapport à 2009-2010 (33,8%). Elle reste par là-même en deçà des recommandations européennes (45%), des objectifs du plan cancer 2009-2013 (60%) et du seuil de coût-efficacité du dispositif (50%).

En Alsace, la participation est de 44,1%. La région est passée à ce titre première de France en 2013 pour ses taux de 2011-2012. Le Haut-Rhin a fait partie des départements pilotes qui ont démarré le dépistage organisé du cancer colorectal dès 2003 avec un taux record de 55%. Le Haut-Rhin a fait partie des 5 départements (*Cher, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Isère et Saône-et-Loire*) qui ont atteint ou dépassé le seuil des 45% pour 2010-2011 (47,1%). Le Bas-Rhin présentant quant à lui un taux d'adhérence de 42%. Aujourd'hui, le Haut-Rhin est le seul avec la Saône-et-Loire à observer une participation conforme aux recommandations européennes.

Le seuil de rentabilité du programme de dépistage organisé n'est donc pas atteint. Plus préoccupant, la participation en Alsace calque la tendance nationale. Elle baisse ainsi inexorablement campagnes après campagnes (cf. annexes). Assurer une participation suffisante est cependant essentiel (Faivre, Lepage et Dancourt, 2009). Les taux, quoique supérieurs en Alsace, doivent donc être améliorés.

3. Articulation de la recherche

Comme nous le mentionnions en introduction, notre travail de thèse fait l'objet d'un partenariat CIFRE entre le laboratoire de Psychologie *EA/4139 - Santé et Qualité de Vie* - de Bordeaux et l'*Association pour le Dépistage du Cancer Colorectal en Alsace* (ADECA Alsace). La structure responsable du dépistage organisé dans le Haut-Rhin et le Bas-Rhin nous a missionné pour optimiser la participation dans les deux départements.

Ce moyen repose selon nous sur une compréhension du phénomène d'adhérence. Doise (1982) estime qu'on ne peut cerner le comportement individuel, tout du moins sans l'entrevoir dans un système complexe d'influences. Notre approche se veut donc intégrative. Elle se nourrit de la psychologie (*clinique, sociale, différentielle*), de la sociologie voire même des apports de la philosophie. L'intérêt de la thèse est donc en premier lieu de soumettre une vision d'ensemble des facteurs explicatifs de l'adhérence. Nous utiliserons pour ce faire les différentes bases de données à disposition (*PubMed, PsychINFO, ScienceDirect, etc.*).

Le deuxième intérêt est appliqué. ADECA Alsace peut toucher les bénéficiaires par ses interventions auprès des médecins ou en s'adressant directement à la population cible. Cela par deux moyens d'action disponibles. Le téléphone, d'un côté. L'approche postale, de l'autre. Notre travail vise particulièrement la population cible. Deux études randomisées contrôlées seront donc prévues à l'issue du travail théorique. Chacune s'appuyant sur l'un des deux moyens d'action évoqués (*conseil téléphonique, lettre d'invitation*). L'intérêt est double. L'objectif est d'améliorer la participation au dépistage organisé en Alsace. Il est également d'optimiser la qualité de ce dépistage (*économie de tests, de courriers*) comme de son adhérence (*prise de décision éclairée, respect de la motivation autonome*).

II. Etude du contexte sociétal

Pour comprendre l'adhérence, il nous faut avant tout cerner ses enjeux. L'étude du contexte sociétal est en ce sens primordiale. Elle nous livre de précieux renseignements sur la représentation du cancer et de son dépistage. Elle nous dit en substance quelle place la prévention revêt dans nos sociétés hypermodernes et aussi en quoi les campagnes doivent s'adapter pour être rendues efficientes.

1. Hypermodernité et système de valeurs

Notre culture occidentale est le fruit d'un héritage sociétal complexe. Elle garde en elle le legs des sociétés traditionnelles et modernes, tendant aujourd'hui à la postmodernité. La modernité est née en résistance aux carcans institutionnels des sociétés traditionnelles (Aubert, 2006, Barus-Michel, 2006). Elle est marquée par l'essor du libéralisme, de la démocratie (Beauvois et Le Poultier, 1986). Les valeurs identitaires prennent le pas sur le collectif. La société aspire à une quête perpétuelle de sens, de liberté, d'imaginaire. L'individu s'y affranchit de toute interdiction, transcendé par une certaine forme d'euphorie (*culte du plaisir, confiance dans l'avenir*). L'espoir dans le progrès motive les actes quotidiens. Il se traduit par une émancipation de la Science (*découvertes technologiques*), de la Raison (*démocratie, libéralisme*) et de l'Humanisme (*culte de la liberté, des droits*).

Après la seconde guerre mondiale, l'idéologie prend cependant un nouveau tournant (*postmodernité*). Elle se radicalise et devient *hypermoderne* (Barus-Michel, 2006). La société prend conscience que l'avancée technologique n'est pas toujours bénéfique pour l'Homme ni synonyme de progrès (*Hiroshima, Tchernobyl*). La liberté et le plaisir peuvent être associés à

une menace sur le long terme (*Sida, Cancer*). Un nouveau rapport au temps s'établit. L'individu hypermoderne devient pessimiste au sujet du futur. Il opère une centration sur un présent moins incertain, plus rassurant (*immédiateté, peur de l'avenir*), poursuit des valeurs de performance à tous les niveaux (*travail, apparence, recherche de sensations*). Il développe de fait une peur plus grande de la vieillesse, de la souffrance et de la mort et cultive le jeunisme pour retarder les effets de l'âge (Maffesoli, 2006 ; Tissier-Desbordes, 2006). L'hédonisme prévaut alors dans une société prônant plus encore la jouissance immédiate et l'illusion de liberté (Aubert, 2006 ; Barus-Michel, 2006 ; Maffesoli, 2006).

2. La représentation sociétale du cancer

Aussi nous sommes-nous interrogés sur la place que pouvait tenir le cancer dans une telle société. Car la maladie n'est pas que physiologique. Elle peut être culturelle (Hacking, 2004), *hybride* (Foucault, 1989). Le cancer témoigne de cette dualité (Broc, 2009a). Il s'agit d'un objet naturel (*substrat biologique, symptômes*) sur lequel se greffe un construit social (*représentations, croyances, catégorisations*). Le mot qui le décrit (*le diagnostic*) affecte la personne elle-même, sa relation avec autrui et l'image qui lui est renvoyée (*mise à l'écart, discrimination*). C'est cette part de social qui évolue au gré des Sociétés.

La *table 1* met ainsi en balance les éléments de la représentation sociétale du cancer avec les composantes idéologiques hypermodernes. Il décrit une antithèse parfaite entre l'image de la maladie et les valeurs prônées par la société.

Table 1. Correspondance entre les valeurs de l'hypermodernité et les éléments de représentation du cancer (Broc, 2009b)

Valeurs hypermodernes.	Représentation du cancer.
Satisfaction des désirs.	Contre-indications, régime de vie.
Liberté.	Alité, contraintes, perte de l'autonomie.
Performance.	Echec personnel, handicap.
Rapport au corps idéalisé (absence de douleur).	Souffrance, stigmates physiques (alopécie, jaunissement de l'épiderme).
Absence de projet.	Suivis médicaux, perspective de mort, finalité.
Peur de la finalité, jeunisme.	Mort, dégénérescence, finalité.
Hyperstimulation (découverte, dépassement de soi).	Fatigue, handicap.
Communication.	Exclusion sociale.
Expérience sociale (identité multiple).	Etiquette permanente, unicité de soi.

Le cancer n'est plus une pathologie comme les autres. Il est stigmatisé, emblématique. C'est pour le profane une promesse de mort, de souffrance (Weinberg et al., 2009), la

concession d'une limite à ce qu'il est, à ce qu'il aurait pu devenir. La maladie lui renvoie qu'il n'est plus jeune, qu'il n'est pas éternel, qu'il n'a sans doute jamais eu la maîtrise de son corps. Autrement dit, qu'il n'est pas aussi libre que la société lui faisait croire (Aubert, 2006).

3. La prévention en question

Sur le plan de la santé comme ailleurs, l'individu hypermoderne privilégie l'intérêt particulier à l'intérêt commun. La démarche de prévention remporte de fait difficilement l'adhérence, en ce sens que, elle, repose sur la contribution implicite de chacun, à fortiori dans le cadre d'un dépistage de masse. Le rapport de Meszaros et consorts (1996) fait ainsi état de la *logique parasite* qui mène des parents à ne pas vacciner leur enfant contre la coqueluche. Ces derniers gageant ouvertement sur l'immunisation des autres familles. Dans la même logique, la plupart des hommes ne mesurent pas en quoi se contraindre à la vaccination anti-HPV (*Human Papilloma Virus*) pourra se révéler utile à leur égard, quand bien même savent-ils certaines souches du virus susceptibles de causer le cancer du col de l'utérus chez leur(s) partenaire(s) sexuel(s) (Broc, 2009a).

L'individu est aujourd'hui assujetti plus que jamais à la place de consommateur que la société lui destine. Il acte bien souvent sous réserve d'y escompter un intérêt substantiel. Les patients entretiennent ainsi des attentes idéalistes sur leur santé. Ils n'hésitent plus à confronter les médecins (Van Dam et al., 2013), exigeant de leur part un risque zéro illusoire (Leclet, 2012). Le *Groupe de Réflexion sur l'Ethique du Dépistage* (*GRED*, 2012) constate qu'un tel positionnement s'avère d'autant plus problématique que la démarche du médecin s'oriente de plus en plus vers la prévention.

Au contraire de la logique de soin, la prévention est probabiliste, incertaine. Les professionnels de santé n'ont eux-mêmes aucune certitude (Gros, 2013). Ils endossent de fait sans conviction la casquette du préventeur (Getz et Brodersen, 2010 ; Libion et Doumont, 2007). Il faut dire que le dépistage s'entoure de nouvelles controverses. Il ne réduirait pas suffisamment la mortalité (Ekelund, Manjer et Zackrisson, 2010), ne se révèlerait pas aussi efficace que souhaité et comporterait des risques (*surdiagnostics, cancers manqués, cancers de l'intervalle, complications, effets secondaires*) (Elmore et Fletcher, 2012 ; Irwig et al., 2006 ; Jørgensen et al., 2008 ; Olsen et Gøtzsche, 2000 ; Stefanek, 2011).

L'individu hypermoderne est en proie perpétuelle au doute (Barus-Michel, 2006). Ses craintes sont alimentées par un climat médiatique qui porte atteinte à la légitimité de la recommandation de santé (*affaire du sang contaminé, du Médiator®, du Diane 35, des pilules de 3ème et 4ème génération, imbroglio de la vaccination anti-H5N1, de l'Hépatite B, etc.*). Il se méfie de la prévention (Corneille, 1993 ; Meszaros et al., 1996), suspecte le lobbying, les vices cachés (Sitbon et Maresca, 2002). Cela d'autant plus que la recommandation représente un risque (Leventhal et Watts, 1966). L'individu n'accorde de fait plus d'importance aux bénéfices à long terme. Il vit dans l'instant présent (*carpe diem*) (Aubert, 2006 ; Barus-Michel, 2006 ; Maffesoli, 2006), centré sur un présent hédoniste (Enriquez, 2006) voire fataliste (Zimbardo et Boyd, 1999).

La prévention est alors boudée, elle qui sur le court terme ne procure rien à l'individu hormis des contraintes supplémentaires (*privation, investissement, insatisfaction*) (Adams, 2009 ; Collins et Mullan, 2011 ; Guthrie et al., 2009). Il en est de même de la pratique du dépistage (Orbell, Perugini et Rakow, 2004 ; Withaker et al., 2011). Aimee et consort (2008) évoquent en ce sens de nombreuses barrières au test Hemoccult® (*peur du résultat, dégoût des selles, oubli, manque de confiance dans la qualité du recueil, panique à l'idée de ne pas pouvoir s'organiser*). Barrières également relevées par Libion et Doumont (2007).

Les blocages trouvent sens dans l'hypermodernité. C'est le dictat de l'urgence (Aubert, 2006) (*autres priorités, manque de temps, oubli*), le règne de l'utilité (Ascher, 2006) (*attente de symptômes pour consulter, doutes sur l'efficacité*), le principe de plaisir (Enriquez, 2006) (*dégoût des selles, gêne*). Tant et si bien qu'in fine, les freins suivent une logique similaire, cela quel que soit le cancer (Banks et al., 1995 ; Breen, Wagener, Brown, Davis et Ballard-Barbash, 2001 ; Seeff et al., 2004 ; Swan, Breen, Coates, Rimer, et Lee, 2003) ou le pays investigué (Nijs, Essink-Bot, DeKoning, Kirkels et Schröder, 2000 ; Senore et al., 2010).

4. Des campagnes inadaptées

Pour lever ces barrières, les campagnes misent sur l'éducation. Les acteurs partent du postulat selon lequel il existerait une corrélation entre les connaissances et les actes d'un individu (Fishbein et Guinan, 1996 ; Lundhal et Burke, 2009 ; Munro et al., 2007). Ils considèrent de sorte les freins comme le symptôme chez la personne d'un savoir manquant ou biaisé (Hettema, Steele & Miller 2005). C'est-à-dire le signe d'un défaut de compréhension et d'interprétation de l'information (Dignan, Michielutte, Jones-Lighty, et Bahnson 1994 ; Dolan

et al., 2004 ; Miller, Kimberly, Case et Wofford, 2005 ; Schwartz, Rimer, Daly, Sands et Lerman, 1999 ; Wardle et al., 2004).

Mais ce postulat est erroné. Les campagnes centrées sur l'information n'ont d'incidence ni sur l'opinion (Rosenstock, 1966), ni sur la motivation (Albarracin, Durantini et Earl, 2006) ni même sur l'intention (Bonetti et al., 2009 ; Miller et al., 2005) des personnes à adhérer aux recommandations. Comme en attestent plusieurs méta-analyses, l'information n'a également aucun impact sur les actes (Albarracin et al., 2006 ; Crouch, Wilson et Newbury, 2011 ; Fisher et Fisher, 1992 ; Moorman et Maturlich, 1993 ; Peterson, Kealey, Mann, Marek et Sarason, 2000 ; Webb et Sheeran, 2006).

L'homme n'est pas rationnel (Sutton, 1987). Il adopte volontiers des conduites néfastes pour sa santé (*tabagisme, conduite en état d'ébriété, pratique de la Junk Food*) (Aronson et al., 1991). Cela même alors qu'il en connaît les risques attenants (Hall et Fong, 2007). Là où la médecine stigmatise un risque à venir (*maladie cardiovasculaire, cancer*), l'individu oppose la satisfaction d'un bien-être immédiat (*plaisir, détente*) propre aux attentes de l'hypermodernité (Enriquez, 2006). L'*objectivité* du discours médical ne considère donc pas les mêmes enjeux que la subjectivité de l'individu (Rosenstock, 1966). Les professionnels de santé prêchent la *bonne façon de penser* (Benbassat, Pilpel et Tidhar, 1998 ; Hall et Fong, 2007 ; Hettema et al., 2005). Ils pointent les *mauvais choix* (OMS, 2002), les *infractions* perpétrées contre une *norme impersonnelle de comportement sain* (Lundhal, Kunz, Brownell, Tollefson et Burke, 2010), norme fortement emprunte d'hygiénisme (*ne pas fumer, ne pas manger gras, faire du sport*) (Beauvillard, 1925). Il ne leur reste alors qu'à tirer les leviers supposés réhabiliter les déviants. Cela jusqu'à parvenir à leurs fins, quitte à s'obstiner.

Les adultes vivent cependant de plus en plus mal les tentatives faites pour les *éduquer* (Patterson et Forgatch, 1985). Ils honnissent le matraquage de conseils (Butler et al., 1999 ; Huver et al., 2006 ; Gallopel-Morvan, 2005), s'insurgent contre le paternalisme, legs s'il en est d'une société traditionnelle balayée depuis longtemps par le libéralisme et la démocratie (Beauvois et Le Poultier, 1986) et qui n'a plus sa place (Ploug, Holm et Brodersen, 2012). L'individu hypermoderne défend alors son autonomie menacée. Cela en devenant réactant à l'information (*résistance*) (Berkowitz, 1973 ; Brehm, 1966 ; Coulter et Pinto, 1995).

En résumé

Si la société est marquée par de profonds changements, ces changements ne sont pas sans conséquences sur un objet représentationnel tel que le cancer. Nous situons à présent mieux cette incidence.

D'un côté, le cancer porte atteinte au bien-être et aux valeurs. Il constitue une menace pour l'individu hypermoderne. De l'autre, le terrain sociétal se prête difficilement à la prévention (*rapport au temps tronqué, dictat de l'urgence*). Les actions menées ne parviennent pas à accroître davantage la participation. Elles s'appuient pour la plupart sur des leviers obsolètes et non pertinents (Gallopel-Morvan, 2005 ; Job, 1988 ; Sitbon et Maresca, 2002). Des leviers loin d'être en phase avec les préceptes de nos sociétés hypermodernes (*négation de l'autonomie de décision, entrave à la satisfaction immédiate des besoins*).

La raison en est également que ces actions se basent principalement sur l'éducation et l'information. Or, si la connaissance est un pré-requis nécessaire, la littérature prouve qu'elle ne saurait suffire à elle seule pour prédire l'adhérence.

Un état de l'art des modèles explicatifs de la conduite s'impose donc désormais, cela pour entrevoir les autres variables en jeu dans la motivation au changement, comprendre en quoi les campagnes peuvent être optimisées (*prise en considération de la menace, de la perspective temporelle, respect de l'autonomie*) et trouver par là-même un moyen d'améliorer la participation au dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace.

Les modèles explicatifs de l'adhérence

Comprendre l'adhérence est néanmoins complexe. La littérature en sciences humaines et sociales regorge d'explications et de modèles. La plupart combinent les apports d'autres théories rendant leur classification d'autant plus difficile (Robichaud-Ekstrand, Vandal, Viens et Bradet, 2001) que certaines variables sont reprises sous une appellation différente selon les auteurs (Munro, Lewin, Swart et Volmink, 2007).

Aussi, parmi les différentes suggestions de classification (Moorman et Maturlich, 1993 ; Robichaud-Ekstrand et al., 2001), nous choisissons de nous inspirer de la proposition de Munro et de ses collaborateurs (2007), laquelle est à notre sentiment la catégorisation la plus pertinente et la plus récurrente de la littérature sur l'adhérence. Il s'agit qui plus est d'une méta-analyse complète sur la faisabilité et la validité de ces modèles.

A l'issue, nous ambitionnons d'établir une grille de lecture générale qui puisse non seulement considérer la dimension de peur induite par le cancer mais également celle de la temporalité, plus que restreinte dans la société hypermoderne.

I. Les modèles sociocognitifs classiques

Les modèles sociocognitifs accordent une place déterminante aux croyances et aux attitudes dans la survenue d'évènements futurs (Munro et al., 2007). Un sujet choisit parmi un panel de solutions celle qui lui permettra d'atteindre les résultats positifs escomptés de façon plus certaine. La classification regroupe les modèles de type valeurs/attentes.

1. Le modèle de la croyance relative à la santé

Le modèle de la croyance relative à la santé (*Health Belief Model*) (Becker, 1975 ; Rosenstock, 1960 ; 1966) décrit le rôle de la motivation dans le processus d'adoption des comportements (*figure 1*). Pour agir, l'individu doit être prêt et être en mesure de déterminer une préférence d'action au sein d'un panel d'alternatives. La théorie postule néanmoins une remise en question de la centralité de la motivation ; le contexte devant également se prêter à la mise en œuvre du changement (Rosenstock, 1966 ; Rosenstock et al., 1988).

1.1. L'évaluation de la menace

L'initiation d'une conduite n'est pas fortuite. Elle requiert une impulsion, une énergie stimulante. Il faut que l'individu soit prêt à changer pour procéder à l'adoption d'un nouveau comportement. Le modèle de Rosenstock postule que pour avoir la volonté d'adhérer, un individu doit avant tout percevoir la gravité d'un danger et la forte probabilité d'y être confronté. L'auteur parle de perception de sévérité et de susceptibilité (Rosenstock, 1966). La perception de sévérité varie d'une personne à l'autre. Elle repose sur l'anticipation de conséquences délétères, ce telles que les répercussions médicales, sociales, familiales et professionnelles de la maladie.

Admettre qu'un évènement représente un danger ne suffit pas. Il faut que l'individu se sente concerné par ce risque, accepte sa propre vulnérabilité. Le sentiment oscille sur un continuum allant du déni à la certitude d'être en danger. Rosenstock (1966) utilise le terme de perception de menace pour décrire le produit des croyances de sévérité et de susceptibilité. Plus le sentiment de menace est élevé, plus l'individu est motivé à l'adhérence.

1.2. La perception des bénéfices et des barrières

L'individu entreprend alors d'insuffler une direction à son réajustement. Pour ce faire, il évalue les bénéfices, les limites et les dangers de la recommandation déterminant sa préférence d'action. En termes de bénéfices, l'action doit être perçue comme efficace. Elle doit pouvoir réduire la sévérité de la maladie et/ou la susceptibilité du sujet. C'est-à-dire circonscrire la menace. Une solution perçue comme coûteuse dans sa mise en œuvre (*temps, investissement, dépense d'énergie*) ou à même de représenter une menace en soi (*complications, incommodations*) voit sa probabilité d'adoption par le sujet réduite. La littérature atteste que l'adhérence à l'action recommandée est plus certaine quand ses avantages estimés en supplantent les barrières (Ryu et al., 2008 ; Tanner-Smith et Brown, 2010 ; Wardle et al., 2004 ; Whitaker et al., 2011).

1.3. Les indices de l'action

Pour enclencher le processus de changement, il est nécessaire qu'une opportunité se produise (Rosenstock, 1966). Il peut s'agir d'évènements internes ou externes à l'individu. La survenue d'un antécédent du risque dans l'entourage de l'individu influence l'évaluation que ce dernier porte sur la situation (Jacobson et al., 2004 ; McCaul, Branstetter, Schroeder et

Glasgow, 1996 ; Rowe, Montgomery, Duberstein et Bovbjerg, 2005). Un individu se fera ainsi plus probablement dépister du cancer colorectal s'il connait dans son entourage proche une personne souffrant de cette maladie (Costanza et al., 2005 ; McQueen et al., 2007 ; Stokamer, Tenner, Chaudhuri, Vasquez et Bini, 2004). D'autres indices peuvent permettre le déclic indispensable au changement, comme l'encouragement d'un ami (Senore et al., 2010), le conseil d'un médecin (Seeff et al., 2004) ou plus largement le contexte culturel du sujet (Luszczynska et al., 2004). Des indices d'action importants ne sont nécessaires que pour compenser une perception de sévérité et de susceptibilité basse

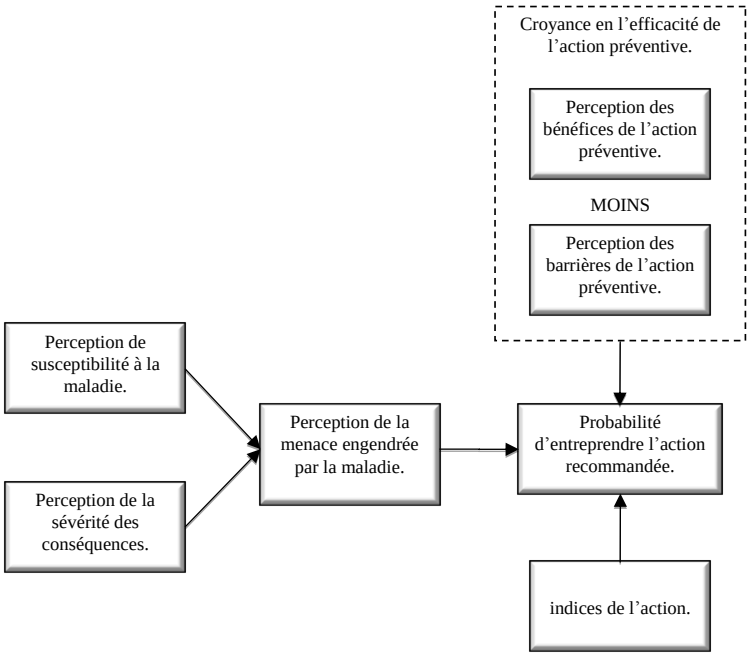


Figure 1. Le modèle des croyances relatives à la santé inspiré de Becker (1975)

1.4. Validité du modèle

Le modèle de la croyance relative à la santé est l'un des plus communément employés par les préventeurs (Legler et al., 2002). La perception de la menace et la croyance dans l'efficacité des recommandations sont de bons indicateurs de l'adhérence à la mammographie (Lee et Vogel, 1995) ou au test de recherche de sang dans les selles (Libby et al., 2011 ; Menon et al., 2011). La méta-analyse de Tanner-Smith et Brown (2010) apporte un soutien majeur à la prédictivité des deux variables dans la pratique du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. L'importance des indices de l'action (*accès régulier aux soins, fréquence de consultation, conseils d'un proche*) n'est en revanche prouvée de manière significative que pour la réalisation de la mammographie. Concernant l'évaluation de la menace, la

susceptibilité a un effet direct sur l'intention du sujet à se faire dépister (Jacobson et al., 2004 ; McQueen et al., 2010). Elle prédit également l'acte de prévention (Brewer et al., 2007 ; McQueen et al., 2007 ; Mosca et al., 2006 ; Vaughan, Rogers et al., 2000) même s'il ne s'agit que d'un effet médiatisé (McQueen et al., 2010). La sévérité perçue influence quant à elle de façon modérée l'attitude, l'intention et les actes du sujet (De Hoog, Stroebe et De Wit, 2007), ce de façon moindre et moins univoque que le sentiment de vulnérabilité (De Hoog, Stroebe et De Wit, 2007 ; Munro et al., 2007).

De manière générale, les facteurs modélisés n'expliquent que 10% de la variance de l'acte (Munro et al., 2007). Ils sous-tendent une centralité de l'intention dans la genèse des conduites (Sutton, 1987) et échouent à expliquer les conduites échappant au contrôle de la volonté (Rosenstock, 1966). Les conduites addictives comme le tabagisme sont ainsi basées sur les habitudes plus que sur les décisions (Munro et al., 2007 ; Priolo et Milhabet, 2008) alors difficilement appréhendables par le modèle. L'évaluation de la menace n'est par ailleurs prédictive d'un comportement que s'il s'agit de la première fois que le sujet envisage de l'adopter (Tanner-Smith et Brown, 2010). La perception de menace devient par la suite secondaire ; l'individu s'étant déjà confronté à l'évènement en question. L'adoption d'un comportement ne se comprend que dans un macro-système d'influences. Or, le modèle de Rosenstock (1966) et de Becker (1975) ne prend aucunement en compte l'articulation de telles variables centrales comme l'utilité perçue des comportements *néfastes* (Munro et al., 2007 ; Sutton, 1987), la confiance qu'accorde l'individu à ses capacités à mettre en œuvre la recommandation (Bandura, 2004 ; Bandura, Adams et Beyer, 1977) ou encore le poids des actes passés (Hagger, Chatzisarantis et Biddle, 2002).

Rosenstock admet lui-même ces écueils. Il ajoute que les croyances sont trop instables et fluctuantes au gré des évènements de vie pour pouvoir prédire assurément l'acte (Rosenstock, 1966 ; Rosenstock et al., 1988). Il est également difficile de quantifier clairement les variables ; l'évaluation d'une menace restant avant tout subjective et donc difficile à opérationnaliser (Munro et al., 2007 ; Rosenstock, 1966 ; Tanner-Smith et Brown, 2010).

2. Théories de l'action raisonnée et du comportement planifié

Les modèles de l'expectative soulignent la prégnance des attentes sur les intentions d'action. L'individu évalue les coûts et les bénéfices qu'il envisage pour chaque option puis décide d'agir afin d'obtenir les résultats escomptés. On parle aussi de modèles valeurs/attentes

ou d'utilité subjective attendue (Sutton, 1987). La théorie du comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986) décrit ainsi la centralité de l'attitude et des facilitateurs de l'action, conférant à l'intention une place déterminante dans la genèse des conduites. Le modèle est issu de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975). Il considère en outre l'influence des normes subjectives et du contrôle perçu dans la prise de décision des individus (*cf. figure 2*).

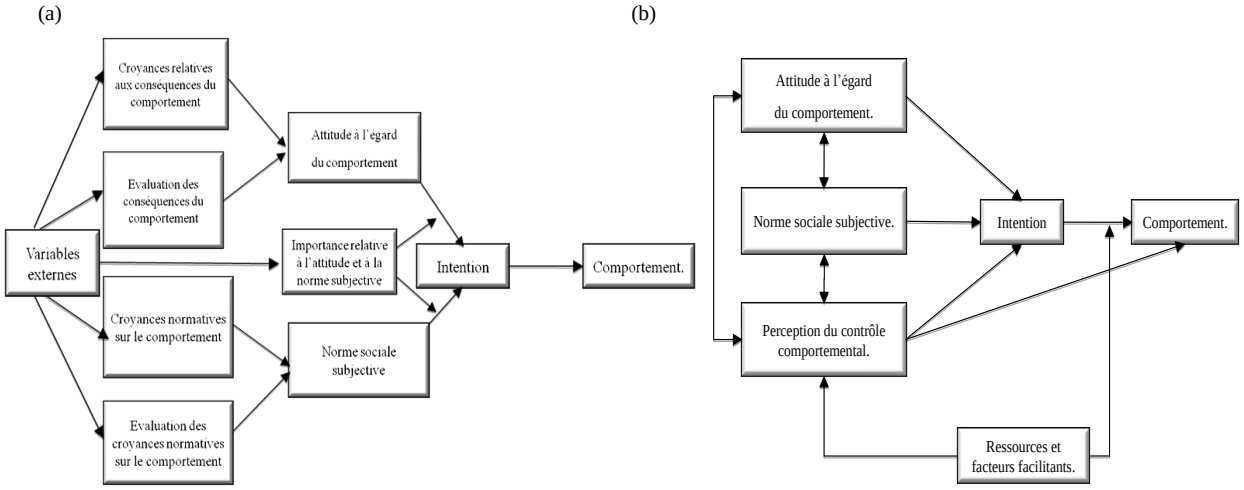


Figure 2a. La théorie de l'action raisonnée inspiré de Fishbein et Ajzen (1975) 2b. Modèle du comportement planifié de Ajzen et Madden (1986)

2.1. Les normes subjectives

Deutsch et Gerard (1955) définissent deux types d'influences sociales. L'influence informative ou *descriptive* (Sieverding et al., 2010) conduit un individu à « accepter l'information obtenue d'autrui comme preuve de la réalité » (Deutsch et Gerard, 1955, p. 629). La psychologie opérationnalise ce type d'influence à travers le conformisme ou la preuve sociale (Milgram, Bickman et Berkowitz, 1969). L'influence sociale normative exhorte quant à elle un individu à se « conformer aux attentes positives de quelqu'un d'autre » (Deutsch et Gerard, 1955, p. 629). Quelqu'un dont l'avis compte pour lui (Sieverding et al., 2010). Les normes sociales subjectives renvoient de sorte à la croyance du sujet sur la désirabilité du comportement. L'individu doit en définitive procéder à une double évaluation en termes d'attentes. Il doit non seulement modeler sa propre attitude en termes de coût-bénéfices, mais aussi établir celle qu'autrui s'est forgée en référence au même comportement. L'individu jauge alors l'importance à accorder à chacune de ces deux évaluations (Fishbein et Ajzen, 1975).

Ce rapport d'importance fluctue selon la culture (Fishbein et Guinan, 1996). L'attitude peut ainsi être le déterminant principal de l'intention dans une société donnée alors que la

norme peut prévaloir dans une autre. La communication doit de fait s'adapter. Elle peut cibler l'attitude ; rendant préférentiellement positives les perceptions des conséquences de l'action et/ou négatives celles relatives aux comportements néfastes. Ou bien, elle peut s'appuyer sur la norme ; prônant le fait que la recommandation ne revêt aucune incompatibilité avec les attentes d'autrui, voire est valorisée. Il peut s'agir dans ce cas de cibler une facette différente de l'identité ; chaque facette étant l'inducteur de normes subjectives particulières. Un individu peut ainsi être réfractaire à l'arrêt du tabac parce qu'il se réfère aux attentes d'une culture familiale hédoniste (*plaisir sans contrainte*). Abordé en tant que parent ou en tant que médecin, ce même individu se heurtera à des attentes susceptibles cette fois de rendre le sevrage tabagique bien plus désirable (*protéger ses enfants, montrer l'exemple*).

2.2. La perception de contrôle comportemental

Les variables décrites dans la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) ne suffisent pas à cerner entièrement l'origine de la conduite. Dans une récente méta-analyse sur la prédictivité du modèle, Hagger et collaborateurs (2002) montrent que l'attitude et les normes subjectives n'expliquent qu'à 37% l'intention et à 26% l'acte. Conscients très tôt de cette limitation, Ajzen et Madden (1986) se sont questionnés sur le poids des variables modératrices, notamment sur l'influence de la perception du contrôle comportemental. L'individu estime l'importance que revêtent pour lui les barrières et les conditions facilitatrices dans la mise en œuvre du comportement. La réalisation de l'acte en question lui apparaît alors plus ou moins déterminée par sa propre volonté. Mettre fin à une addiction peut par exemple sembler hors de contrôle à une personne dépendante, laquelle pourra ainsi ne pas prévoir de solutionner son problème quand bien même convaincue de la nécessité d'agir. La perception de contrôle agit directement sur l'intention ou la conduite. Elle permet d'expliquer les actions qui ne dépendent pas ou peu de la volonté. Par l'apport de cette variable, le modèle du comportement planifié pallie l'un des principaux écueils des approches de l'expectative (Robichaud-Ekstrand et al., 2001).

Pour réagir à une situation, l'individu doit être assuré d'un contrôle sur l'évènement en question (Milhabet et al., 2002 ; Mosca et al., 2006). Il faut qu'il ait conscience de moyens concrets à mettre en œuvre pour produire les occurrences positives et éviter celles qui lui seraient préjudiciables. En ce sens, le lieu de contrôle des sujets constitue une caractéristique différentielle prédominante (Rosenstock et al., 1988). Il s'agit d'une tendance de l'individu à « percevoir ou non une relation causale entre son propre comportement et la récompense

obtenue » (Rotter, 1966, p.1). Les lieux de contrôle internes admettent ce lien tandis que les lieux de contrôle externes attribuent les résultats à des causes qui leur échappent (*puissance supérieure, destin, hasard*). La variable de personnalité est à mettre en balance avec l'attente des évaluateurs sur l'efficacité de la recommandation (Rosenstock et al., 1988). Les individus internes témoignent d'une perception de contrôle comportemental plus aiguisée. Ils savent les résultats déterminés non par les évènements mais par les actes. Ne leur reste alors qu'à juger si la conduite peut se révéler apte à les obtenir. Les lieux de contrôle internes adhèrent ainsi plus favorablement aux recommandations que les externes (Cohen et Azaiza, 2007 ; McQueen et al., 2007 ; Mosca et al., 2006 ; O'Hea et al., 2009 ; Redeker, 1989).

2.3. Pertinence et limites des modèles

La théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié reçoivent un support modéré de la littérature (Hagger et al., 2002 ; Motl et al., 2002 ; Munro et al., 2007). L'attitude et les normes subjectives influencent bien l'intention et les actes comme pour l'adhérence médicamenteuse (Sheeran et Orbell, 1999), la consommation de fruits et légumes (Collins et Mullan, 2011), le dépistage des cancers (Ludman et al., 1999b ; Sheeran et Orbell, 2000 ; Sieverding et al., 2010) ou l'évolution de la pratique des dentistes (Bonetti et al., 2009).

L'intention est postulée comme étant le déterminant immédiat et unique de l'acte. La méta-analyse de Webb et Sheeran (2006) souligne toutefois qu'une intention moyenne à forte ne prédit en fait que faiblement à moyennement l'acte. Lopez, Lassarre et Rateau (2011) observent ainsi une contradiction entre l'intention des employés d'une piscine municipale à réaliser des économies d'énergie et l'adoption effective de leur résolution, concluant qu'il n'existe pas de corrélation entre intention et comportement. Des études tendent bien à valider ce lien (Hagger et al., 2002 ; Ludman et al., 1999a ; McQueen et al., 2007 ; 2010 ; Sieverding et al., 2010), omettant en fait le rôle des modérateurs (Hall et Fong, 2010 ; Motl et al., 2002 ; Ouellette et Wood, 1998 ; Sheeran et Orbell, 2000 ; Sutton, 1987 ; Webb et Sheeran, 2006).

La perception du contrôle comportemental est un premier régulateur possible. Considérée par Ajzen et Madden (1986), elle apporte une plus-value au modèle. A travers la théorie du comportement planifié, le contrôle perçu permet d'augmenter le pourcentage de variance expliquée de l'intention d'environ 7,5% comparativement au modèle d'action raisonnée (Hagger et al., 2002 ; Munro et al., 2007). L'effet combiné à l'attitude, aux normes subjectives et à l'intention n'améliore en revanche la variance de l'acte que de 1,5% lorsque

ces variables sont employées seules. Le contrôle perçu agit d'ailleurs de manière médiatisée plutôt que directe sur le comportement (Bonetti et al., 2009 ; Motl et al., 2002).

Si le contrôle revêt un caractère central dans le processus de décision, il ne favorise pas toujours les conduites de prévention. Il existe ainsi une corrélation négative entre la perception de contrôle et la vulnérabilité perçue (Desrichard et al., 2001). Confrontés à un évènement perçu comme incontrôlable (*catastrophe naturelle*), les individus se sentent autant désarmés et concernés qu'autrui pour éviter ce risque. Si un contrôle est à l'inverse possible et que l'individu sait pouvoir fournir des efforts pour dominer la situation, ce dernier peut s'estimer moins à risque que les autres, voire se sentir invulnérable (*optimisme comparatif, illusion de contrôle*). (Milhabet et al., 2002) et donc ne pas agir.

D'autres variables modératrices restent en ce sens à découvrir. Hagger et consorts (2002) pointent ainsi une disparition du lien entre intention et comportement juste après avoir intégré les actes passés dans le modèle de variance. Ils notent aussi une amélioration significative de la variance expliquée avec l'inclusion du sentiment d'auto-efficacité. Les deux variables, tout comme le lieu de contrôle, sont issues des théories de l'apprentissage social. La théorie sociocognitive de Bandura (1977) constitue de fait une piste intéressante dans notre recherche d'un modèle explicatif des comportements de santé.

3. La théorie sociocognitive

Le rôle de l'apprentissage est essentiel dans le processus de détermination de la conduite. Les perspectives de l'apprentissage social considèrent en ce sens la place des renforcements, s'inspirant en cela des approches cognitives (Rosenstock et al., 1988) et comportementales (Skinner, 1953). Parmi ces conceptualisations, la théorie sociocognitive de Bandura (1977 ; 2004) fait figure d'autorité. Elle allie les apports des modèles de l'expectative tout en intégrant une nouvelle dimension du contrôle perçu dans le processus d'évaluation.

3.1. L'efficacité perçue

La théorie sociocognitive postule qu'un individu apprend des conséquences de ses actions. Cela, sous réserve qu'il parvienne à établir un lien de causalité entre l'effet produit et son comportement, sachant désormais dans quelle mesure il convient pour lui de le réitérer ou de le proscrire. Chaque conduite réalisée entraîne un retour ou *feedback*. Il s'agit d'une évaluation à posteriori des bénéfices et des contraintes suscités par l'action. L'information est

stockée en mémoire de sorte à devenir accessible lors d'une évaluation future. Ce sont ces données tirées de l'expérience passée qui permettent au sujet d'établir des buts, de forger ses attentes sur le comportement (*Convient-il de réitérer la conduite ? De la bannir ? De l'optimiser ?*). Bandura parle de croyance dans l'efficacité du comportement (Bandura, 1977). Il s'agit d'une première dimension du contrôle, laquelle renvoie sensiblement au contrôle perçu ou au lieu de contrôle des sujets, tous deux développés précédemment (Ajzen et Madden, 1986 ; Rotter, 1966). Plus un individu estime qu'une conduite peut lui permettre de produire un résultat escompté et plus il devient motivé à la mettre en œuvre. Cela ne signifie pour autant pas qu'il l'adoptera de manière effective.

3.2. Le sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'efficacité personnelle ou perception d'auto-efficacité est à cet effet une deuxième évaluation du contrôle. Si la perception d'efficacité renvoie au lien entre comportement et résultat, le sentiment d'efficacité personnelle se positionne quant à lui à l'interface entre l'évaluateur et le comportement (*cf. figure 3*). C'est lui qui détermine l'adoption de l'acte. Bandura le définit comme la « *conviction d'un individu à pouvoir exécuter avec succès le comportement requis* » (Bandura, 1977, p.193). Autrement dit, il s'agit de la confiance qu'accorde une personne dans ses capacités à mettre en application la conduite souhaitée. Lorsque les attentes sont trop grandes et que tout repose sur ses épaules, l'individu peut se sentir dépassé et craindre de ne pas y arriver (O'Hea et al., 2009). L'exemple du tabagisme est évocateur de la distinction entre perception de contrôle comportemental et personnel. L'usager peut ainsi reconnaître l'efficacité du sevrage pour améliorer sa condition physique et en même temps ne pas mettre en place ce contrôle par crainte de ne pas s'en sentir capable (*stress, manque*).

Pour optimiser ses chances d'action, il faut prouver à l'individu qu'il peut être acteur de sa santé (Spitzenstetter, 2006). Il faut lui rendre également plus commode l'entreprise de la recommandation, ce via des procédures d'accès à l'information pratique (Kantola et al., 1984 ; Sutton, 1992) ou des facilitations visant à doper l'auto-efficacité perçue du sujet. Dans leur méta-analyse, Legler et collaborateurs (2002) montrent que de telles stratégies (*van mobile équipé, coupons gratuits*) font bondir de 18,9% la participation des femmes à la mammographie. Bien d'autres facilitateurs soutiennent l'individu et le confortent, stimulant sa confiance et in fine sa probabilité d'action. C'est le cas de mettre à disposition un numéro

d'aide (Slater et al., 2005) ou d'accompagner l'individu dans sa prise de rendez-vous avec le médecin (Legler et al., 2002 ; Senore et al., 2010).

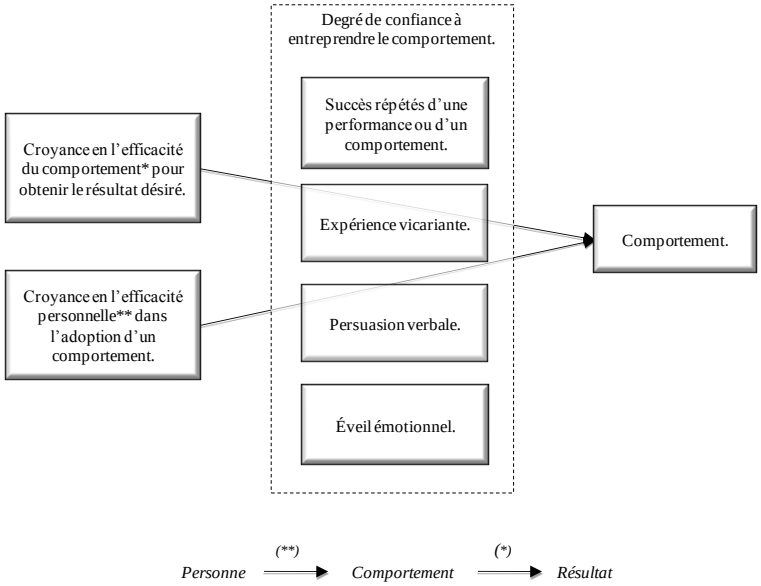


Figure 3. Le modèle sociocognitif de Bandura (1977) repris de Robichaud-Ekstrand et al.(2001)

3.3. L'influence des renforcements

Les deux dimensions du contrôle se forgent au gré des expériences et du feedback perçu par l'évaluateur. Bandura (1977) décrit quatre sources de renforcement médiatisant la probabilité d'action du sujet (*cf. figure 3*).

Les succès répétés d'une performance augmentent le sentiment d'auto-efficacité de façon graduelle en dépit des échecs occasionnels, lesquels motivent au contraire la production d'efforts et la persévérance. A l'inverse, la répétition d'échecs produit un déclin du sentiment d'auto-efficacité qui conditionne le désengagement du sujet. Le paradigme de résignation acquise de Seligman illustre cet apprentissage du renoncement lorsque la situation paraît sans contrôle (Overmier et Seligman, 1976 ; Seligman et Maier, 1967). Les actes passés déterminent ainsi grandement le sentiment d'auto-efficacité des individus (Hagger et al., 2002). Lorsqu'ils se confrontent à un évènement, les gens évaluent leur potentiel à faire face, comparant leurs capacités actuelles et antérieures et devenant plus confiants à mesure qu'ils perçoivent leurs progrès.

L'expérience d'autrui est autant enrichissante. Bandura (1977) parle d'expérience vicariante ou de *modeling*. Il désigne le processus par lequel l'individu stimule sa confiance par la simple observation d'un modèle. Voir autrui réussir une action la désacralise. Elle

devient réalisable aux yeux de celui qui la pensait insurmontable ou infaisable (Dunlop, Beatty et Beauchamp, 2011). L'observation des succès d'une tierce personne augmente ainsi le sentiment d'auto-efficacité de l'observateur (Bandura et al., 1977). Les témoignages ont cette vertu, qu'ils soient évoqués dans des articles informatifs (Rippetoe et Rogers, 1987), les médias sociaux (*blogs*) ou les groupes de parole (Bandura, 2004 ; Colletti et Kopel, 1979). Pour optimiser le gain de confiance, le modèle observé doit expérimenter une certaine difficulté avant de parvenir à surmonter la situation ; un observateur peinant à s'identifier à un modèle expert (Robichaud-Ekstrand et al., 2001).

La persuasion verbale constitue une autre source de renforcement. Elle s'apparente aux encouragements, à la valorisation et permet de dynamiser des bas sentiments d'auto-efficacité. Un individu peut ainsi refuser invariablement de se confronter à une situation, doutant de ses capacités à la surmonter et entretenant malgré lui une dégradation de la confiance qu'il s'accorde. La persuasion peut alors aider l'individu, rompant le schéma nocif au sein duquel il s'était cloisonné. Ce peut être l'amener à concevoir que l'échec ou la réussite ne dépendent pas toujours de lui, lui faire reconsidérer ses propres expériences de façon plus adaptative ou le convaincre d'agir afin de se donner la chance d'entrevoir à nouveaux des renforcements, à fortiori positifs.

Dernière source de renforcement, l'éveil émotionnel alimente ou réduit de manière situationnelle le sentiment d'auto-efficacité. Il s'agit des émotions qu'un sujet anticipe ou ressent au moment de l'accomplissement de la conduite. Ces sensations influencent la perception d'efficacité personnelle et conditionnent l'action (Bagozzi, Baumgartner et Pieters, 1998). L'éprouvé du stress nuit par exemple à la confiance que s'accorde l'individu à réussir (Bandura, 1977) et donc à l'acte (Carey, Kalra, Carey, Halperin et Richards, 1993 ; Trouillet, Gana, Lourel et Fort, 2009). Une perception d'efficacité, d'auto-efficacité et de contrôle élevée diminue l'intensité de l'éveil émotionnel (Bandura, 1977).

3.4. Applications du modèle

Les apports de la théorie sociocognitive se prêtent aisément à l'opérationnalisation, en particulier l'auto-efficacité, quand bien même une interrogation persiste sur sa considération générale ou spécifique dans l'évaluation d'un comportement (Robichaud-Ekstrand et al., 2001). Le modèle est décliné à travers différents champs d'intervention (*traitement des addictions, des phobies*). L'équipe de Bandura (1977) convie ainsi des herpétophobes à

interagir avec un boa ; les tâches oscillant graduellement de la simple observation de l'animal dans son terrarium à la pose du reptile sur les genoux du phobique. D'autres sont invités à observer ces interactions sans jamais manipuler le boa. Participants et observateurs apprennent alors à devenir plus confiants, moins effrayés.

Les thérapies cognitivo-comportementales recourent aux micro-objectifs, tout comme les approches centrées sur l'autogestion ou *self-management models* (DeBusk et al., 1994 ; Haskell et al., 1999 ; West et al., 1999). Leur utilisation est directement inspirée du modèle sociocognitif. Elle permet au patient de planifier une première étape à sa mesure, puis une autre, lui évitant ainsi d'être découragé par un but trop ambitieux (Goldman, Creason et McCall, 1981). Chaque pallier atteint renforce le sentiment d'efficacité personnelle du sujet. Le patient constate ses progrès, s'estime plus compétent. Il se sent prêt à accéder à l'étape supérieure tout en s'avançant pas à pas vers l'objectif final (Rosenstock et al., 1988).

Le *modeling* s'intègre également aux dispositifs de prévention. Les interventions prennent la forme de récits romancés (Levy-Leboyer et Moser, 1977), de feuilletons radiophoniques sur le V.I.H. (Vaughan et al., 2000a ; 2000b) tablant sur l'expérience vicariante. Les protagonistes valorisés de la fiction adoptent une conduite sécuritaire dans leurs pratiques sexuelles, puis en sont récompensés. Les conduites à risque sont quant à elles sanctionnées. L'auditeur apprend alors de ces renforcements et adopte lui-même par la suite les recommandations. Dans les années 1990, le *modeling* fleurit dans les dessins animés, sensibilisant les enfants à toutes sortes de prescriptions à travers la morale de fin d'épisode. Le *modeling* peut aussi être participatif. Le sujet décide d'une action à réaliser. Il observe alors fictivement les conséquences de son choix à travers le jeu de rôle ou via un support interactif (Hollis et al., 2005 ; Lieberman, 2001 ; Streltzer et Koch, 1968 ; Sutton, 1987). Le *modeling* participatif donne alors de meilleurs résultats (Bandura et al., 1977).

3.5. Les principaux apports

La théorie sociocognitive, dont ses dérivés ; les modèles de Fisher et Fisher (1992) et de Bagozzi (Bagozzi et al., 1988) ; intègre les variables définies par les théories de l'expectative. Le modèle de Bandura (1977) cultive notamment des ressemblances conceptuelles avec le modèle de Rosenstock (1966), s'en démarquant toutefois par l'apport notable du sentiment d'auto-efficacité (Rosenstock et al., 1988) dont la prédictivité sur le comportement n'est plus à établir (Luszczynska et al., 2004 ; McQueen et al., 2007 ; Motl et al., 2002 ; O'Hea et al.,

2009 ; Webb et Sheeran, 2006). Combinée au modèle explicatif d'Ajzen et Madden (1986), l'auto-efficacité explique pour moitié l'intention, ajoutant près de 3% d'explication à la variance de l'acte (Hagger et al., 2002).

L'influence des renforcements trouve un soutien comparable dans la littérature. Les actes passés prédisent moyennement à fortement l'adoption des conduites futures comme observé pour l'adhérence médicamenteuse (Sheeran et Orbell, 2000) ou encore le dépistage du cancer du sein (McInerney-Leo et al., 2006 ; Schwartz et al., 1999 ; Slater et al., 2005 ; Taplin et al., 2000) et du gros intestin (Cokkinides et al., 2003 ; Seeff et al., 2004 ; Senore et al., 2010 ; Stokamer et al., 2004). Les actes passés constituent une source d'influence à eux seuls (Kiesler et Sakumura, 1966 ; Pornpitakpan, 2004), qu'il s'agisse d'habitudes salutaires ou néfastes (Collins et Mullan, 2011 ; Hall et Fong, 2007).

La théorie sociocognitive valide le fait que, sous substance d'être un pré-requis nécessaire (Bandura, 2004), la connaissance ne prédit en définitive ni la motivation ni l'acte mais seulement l'augmentation des aptitudes comportementales (Fisher et Fisher, 1992). Le sentiment d'auto-efficacité et le poids des conduites passées constituent de forts modérateurs de l'intention permettant d'expliquer 16% plus l'intention et 20% plus l'acte que le modèle du comportement planifié, soit une variance respective totale de 60% et 48% (Hagger et al., 2002). Bandura (1977) aborde aussi l'impact des sensations dans le processus de décision (*éveil émotionnel*). L'individu pressent ses réussites et ses échecs. Il vit de manière anticipée l'émotion du verdict, l'exprimant par un ressenti immédiat de plaisir ou d'inconfort qui guide sa probabilité d'action (Bagozzi et al., 1988 ; Bandura, 1991).

II. L'appel à la peur

L'étymologie du mot *émotion* renvoie au latin *ex-movere* qui signifie *se déplacer loin de*. Elle confère à l'émotion une fonction motivationnelle de préservation de l'entité. Parmi l'éventail de ressentis, la peur fait figure d'émotion négative (Leventhal et Trembly, 1968 ; Witte, 1992) au même titre que la colère ou que la culpabilité (Prochaska et DiClemente, 1982). Freud la définit dès 1936 comme « l'état affectif dont le but est de protéger l'organisme contre le danger » (Rogers, 1975, p. 95). C'est-à-dire ce qui menace les valeurs de sécurité, de santé, de propriété ou de vie de la personne (Chu, 1966).

Les modèles de persuasion par la peur ou *Fear appeals theory* (Girandola, 2000 ; Marchioli, 2006) sont pour la plupart issus de conceptions sociocognitives. Ils s'intéressent aux effets occasionnés par la peur à chaque étape du processus d'évaluation.

1. Le modèle de motivation à la réduction

Le modèle de réduction de la pulsion motivante ou *drive reduction model* (Janis, 1967 ; Janis et Feshback, 1953) postule que la peur revêt une fonction motivante. Elle s'apparente à un signal court, lequel prévient l'individu d'un danger (Rogers et Mewborn, 1976). Plus un message est menaçant, plus il génère d'inquiétude chez la personne (Chu, 1966 ; Leventhal et Niles, 1964 ; Leventhal et Trembly, 1968 ; McGregor et al., 2004 ; Witte et Allen, 2000). La magnitude de l'anxiété dépend de deux facteurs ; la probabilité qu'une perte survienne et l'estimation de l'amplitude de cette perte (Chu, 1966). Les concepts renvoient aux perceptions de susceptibilité et de sévérité évoquées précédemment (Rosenstock, 1966).

1.1. Une relation curviligne inversée

D'après les auteurs de la pulsion motivante, le signal de peur génère un inconfort qui motive le sujet à un besoin de réduction inné (Janis, 1967 ; Janis et Terwilliger, 1962) et immédiat (Chu, 1966 ; Hall et Fong, 2007 ; 2010 ; Leventhal, 1971). Les ressources du sujet sont alors mobilisées dans la résolution de cette alerte (Janis et Feshbach, 1953). La détermination de la réponse dépend de l'intensité de la menace qui la conditionne (Janis, 1967 ; Janis et Feshback, 1954). La variance d'effet décrit une courbe en *U* inversé qui souligne l'importance d'un dosage adéquat de l'appel à la peur.

Une menace trop faible ne suffit ainsi pas à impulser le changement (Gallopel-Morvan, 2005 ; Leventhal, 1971 ; Schwartz, 1970). Elle peine à franchir le seuil d'activation de la peur, ne suscitant ni prise de conscience du risque, ni motivation (Rogers et Mewborn, 1976 ; Rothman et Kiviniemi, 1999 ; Witte, 1992). La méta-analyse de Witte et Allen (2000) rapporte même un effet délétère ou *effet boomerang* quand une menace basse est associée à une faible perception d'efficacité ($r=-.27$). Le rapport de Meszaros et consorts (1996) aboutit à une conclusion identique.

A l'inverse, une trop forte menace stimule les stratégies de défense (Janis et Feshback, 1953 ; 1954 ; Miles et al., 2009 ; Ruiter, Verplanken, De Cremer et Kok, 2004). L'individu détourne son attention du message anxiogène (*évitement défensif*). Il mobilise des efforts

cognitifs orientés vers le déni, la distraction perceptuelle (*minimisation de la menace*) et résiste alors davantage à la persuasion (Janis et Terwilliger, 1962). Le stress se solde dans ce cas par la conviction du sujet d'être au contraire immunisé contre le danger (Carey et al., 1993 ; Milhabet et al., 2002 ; Rothman et Kiviniemi, 1999). Levy-Leboyer et Moser (1977) distinguent à cet effet la peur anticipée (liée aux expectations de la menace) de la peur inhibitoire (liée aux procédés d'induction). L'une étant constructive et l'autre traumatisante.

1.2. Les effets de cadrage

Il convient donc de préoccuper l'individu sans l'effrayer (McQueen et al., 2007 ; 2010 ; Miles et al., 2009 ; Wardle et al., 2004). Autrement dit, induire par une menace modérée (Boer et Seydel, 1995) une anxiété relativement motivante chez le sujet pour l'inciter à agir (Janis et Feshback, 1953 ; 1954). Le seuil de tolérance à la peur varie d'un individu à l'autre. Ainsi à leur état basal, les personnes anxieuses flirtent déjà à la limite de basculement de ce seuil. Elles ne supportent de fait qu'un faible dosage de menace (Janis et Feshback, 1954 ; Levy-Leboyer et Moser, 1977) sous peine de se sentir submergées par leurs émotions à l'instar des gens à faible estime (Leventhal et Trembly, 1968). Les individus en recherche de sensation sont quant à eux moins sensibles à la peur (Girandola, 2000).

La conduite attendue peut elle-même receler différents niveaux d'angoisse (Fishbein et Guinan, 1996). La recommandation de prévention renvoie à l'hygiène de vie, à la protection. Elle relève de l'anticipation. Soit de l'évitement non invasif d'un risque (*sport, alimentation*). Les stratégies reposant sur une induction élevée de menace sont donc plus appropriées, de tels comportements ne suscitant aucune crainte (Banks et al., 1995 ; Girandola, 2000 ; Leventhal et Watts, 1966). Il est également préférable d'opérer un cadrage positif de l'information, c'est-à-dire d'axer la communication sur les gains de la pratique recommandée comme l'illustre le calendrier des bienfaits de l'arrêt du tabac (D.A.S.S., 2006 ; Delorme, 2006). Il est à noter que le cadrage positif ne modifie pas la perception de menace. Il accroît simplement le sentiment d'efficacité et d'auto-efficacité de la personne (Banks et al., 1995).

Les conduites de dépistage reposent à contrario sur le diagnostic. Elles miroitent à l'individu une perspective de *devenir* malade. Leur caractère anxiogène est d'autant plus marqué que l'examen peut comporter lui-même un risque (Banks et al., 1995 ; Jørgensen et al., 2008 ; Leventhal et Watts, 1966), un coût (Aimee et al., 2008) et ne figure de surcroît pas un moyen de protection (Leventhal, 1971). Une faible menace ou un cadrage négatif sont dès

lors indiqués (Banks et al., 1995 ; Leventhal et Watts, 1966 ; Meyerowitz et Chaiken, 1987 ; Rippetoe et Rogers, 1987), hormis si le sujet identifie la détection comme protectrice (Leventhal et Niles, 1964). A l'inverse du cadrage positif, le cadrage négatif consiste à mettre l'emphase sur les dangers à ne pas adopter la recommandation. Il interdit de fait à l'individu toute négation de son risque (Banks et al., 1995) et lui rend le statu quo inconfortable.

1.3. Critique des effets directs de la peur

La conception curvilinéaire (Janis, 1967 ; Janis et Feshback, 1953) tente de réconcilier les résultats en apparence contradictoires des études sur l'induction de peur (Gallopel-Morvan, 2005 ; Levy-Leboyer et Moser, 1977 ; Rosenstock, 1966), arguant que l'efficacité de l'appel à la peur est fonction de certains facteurs (*nature de la recommandation, proximité de la réponse émotionnelle, tolérance subjective*), lesquels influent sur le dosage et/ou le cadrage à conférer à la menace dans la communication.

Peu d'études soutiennent en revanche la validité de la conception (Job, 1988 ; Sutton, 1992 ; Witte, 1992). Sur le plan méthodologique, les recherches effectuées omettent souvent de mesurer le ressenti de peur, ses déterminants, ou encore ses effets sur l'acte (Levy-Leboyer et Moser, 1977 ; Sutton, 1992). Il apparaît aussi difficile d'opérationnaliser la menace de manière univoque ; les chercheurs la formalisant la plupart du temps par une catégorisation en trois ou quatre modalités seulement (*pas de menace, menace faible, modérée, forte*) ne rendant aucunement compte du continuum réel d'induction de la peur.

Le modèle n'appréhende in fine l'influence de la peur que sous l'angle de la viscéralité et du conditionnement (Job, 1988 ; Leventhal, 1971 ; Rogers, 1975). Il décrit un impact direct de l'éprouvé sur le comportement et ne tient compte ni des processus cognitifs à l'œuvre dans le choix de la stratégie ni de l'influence du contexte. Outre la motivation, la réponse nécessite un vecteur. A peur égale, deux individus guidés par leurs perceptions d'efficacité (Rosenstock, 1966) et d'auto-efficacité (Bandura, 1977) peuvent ainsi adopter deux alternatives d'actions différentes (Rogers, 1975).

2. La peur dans les modèles de l'expectative et de l'autorégulation

2.1. Le modèle de la motivation à la protection

Le modèle de motivation à la protection de Rogers (1975) ne cautionne de fait plus un impact direct de la peur. Il conçoit la probabilité d'action de l'individu comme étant la fonction des attentes et des perceptions de ce dernier sur la recommandation.

2.1.1. La fonction multiplicative du jugement

La théorie de la motivation à la protection (Rogers et Mewborn, 1976) s'inspire des travaux de Rosenstock (1960 ; 1966). Elle voit dans l'*appel à la peur* le groupement d'effets d'un certain nombre de facteurs dont trois demeurent essentiels ; la *nocivité* de l'évènement négatif (sévérité), la *probabilité conditionnelle* que l'occurrence survienne si la situation reste en l'état (susceptibilité) et la croyance dans l'*efficacité* de la réponse à réduire ou éliminer la stimulation nocive. L'individu choisissant parmi l'éventail d'options possibles, celle qui à sens lui permettra d'obtenir les bénéfices escomptés.

La combinaison multiplicative des ces trois jugements aboutit à l'émergence de la motivation à la protection, laquelle conditionne l'intention du sujet à adopter la stratégie de faire face (*coping*) (*cf. figure 4*). L'interaction entre un sentiment de menace et de contrôle élevé donne un produit final de motivation élevé poussant l'individu à se prémunir du danger. Un induit nul ou bas à l'un des trois jugements donne en revanche un produit final de motivation à la protection proche ou égal à zéro. L'évaluation se résout alors par un défaut d'intention du sujet à mettre en place la recommandation.

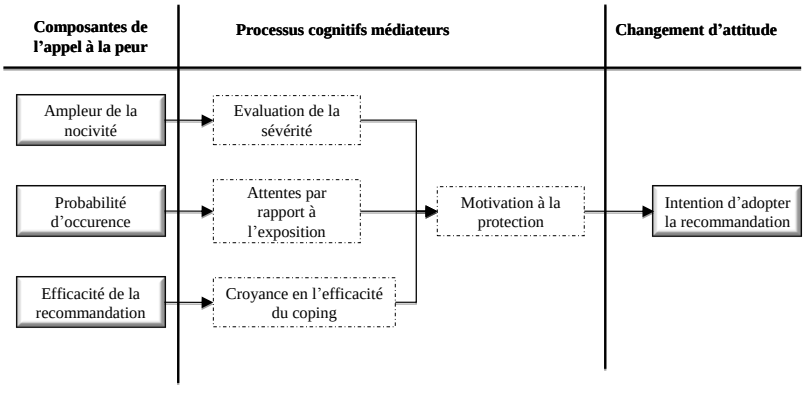


Figure 4. Schéma général du modèle de la motivation à la protection (Rogers, 1975)

2.1.2. Une importante omission

Pour Rogers, la motivation repose sur les deux fondements défendus par les théories de l'expectative ; les valeurs et les attentes que l'individu porte à la recommandation. L'auteur intègre également la notion d'utilité perçue ou d'*instrumentalité* de la conduite que nous évoquions précédemment (Ajzen et Madden, 1986 ; Sutton, 1987). Hormis de rares études (Kleinot et Rogers, 1982 ; Rogers, 1985), les recherches n'apportent guère en définitive de support empirique à la théorisation de Rogers (Girandola, 2000 ; Levy-Leboyer et Moser, 2077). La fonction multiplicative peine à trouver validation car l'interaction entre les jugements de probabilité et de nocivité ne permet en rien d'expliquer la motivation (Hass, Bagley et Rogers, 1975), la sévérité seule générant une influence variable sur l'intention.

Le modèle omet en outre de considérer l'influence de la perception d'auto-efficacité (Floyd, Prentice-Dunn et Rogers, 2000). Rosenstock, dont la théorie guide Rogers, concède lui-même cette limitation, soulignant la nécessité d'intégrer la variable du contrôle personnel à son modèle de la croyance relative à la santé (Rosenstock et al., 1988). Cette omission explique en grande partie le faible support de la conceptualisation de Rogers.

2.1.3. La conceptualisation révisée

Fort de cet écueil, Rogers renonce au principe multiplicatif au profit d'une conception additive de l'influence (Boer et Seydel, 1995). Pour pallier les manques du modèle de la motivation à la protection, l'auteur décide d'incorporer le sentiment d'auto-efficacité (Arthur et Quester, 2004 ; Maddux et Rogers, 1983 ; Rogers, 1983) dont l'apport est directement puisé de la théorie sociocognitive de Bandura (1977). Dans cette nouvelle conceptualisation (*cf. figure 5*), l'individu est confronté à des facteurs qui inhibent ou excitent sa probabilité de générer une réponse adaptative ou bien inadaptative.

L'évaluation de la menace s'établit toujours par le biais des perceptions de sévérité et de vulnérabilité. Elle pousse le sujet à rejeter la réponse non pertinente, celle-là même qui génère le danger. Le jugement est simultanément mis en balance avec les bénéfices perçus du comportement inadapté, lesquels tempèrent l'évaluation de la menace. Il peut alors s'agir de récompenses intrinsèques ou extrinsèques (*plaisir, approbation sociale*) qui favorisent la probabilité d'adoption de la conduite néfaste et atténuent la perception du risque (Norman, Boer et Seydel, 2005). D'un autre côté, le sujet évalue ce qu'il perçoit du contrôle

comportemental à disposition. La croyance qu'il voue à l'efficacité du coping et sur sa capacité à le mettre en œuvre augmente sa probabilité d'action adaptative. A l'inverse, sa perception des coûts et des barrières à l'action en réduit significativement l'occurrence.

La motivation à la protection sous-tend l'intention de l'individu à entreprendre une recommandation. Cette intention est déterminée par les évaluations concomitantes de menace et de coping puis conditionne à son tour la mise en place des stratégies adaptatives ou dysfonctionnelles. Un individu peut ainsi être sollicité pour adopter une nouvelle conduite ou pour cesser un comportement. Il évalue alors les avantages et les limites du statu quo qu'il confronte de manière simultanée aux avantages et limites du changement. La stratégie est la même que rapportée à travers les écrits sur le conflit décisionnel (Bailly et Ilharragorry-Devaux, 2011 ; Janis et Mann, 1977 ; Lewin, 1938) qui inspirent aujourd'hui les approches motivationnelles de la conduite. La théorie de la motivation à la protection trouve de fait un large soutien dans le champs du tabagisme et de la sécurité routière (Rogers et Mewborn, 1976) mais également dans celui de l'activité physique (Norman et al., 2005 ; Wurtele et Maddux, 1987), de l'autodiagnostic (Prestwich et al., 2005 ; Rippetoe et Rogers, 1987) et de l'adhérence à la mammographie (Boer et Seydel, 1995).

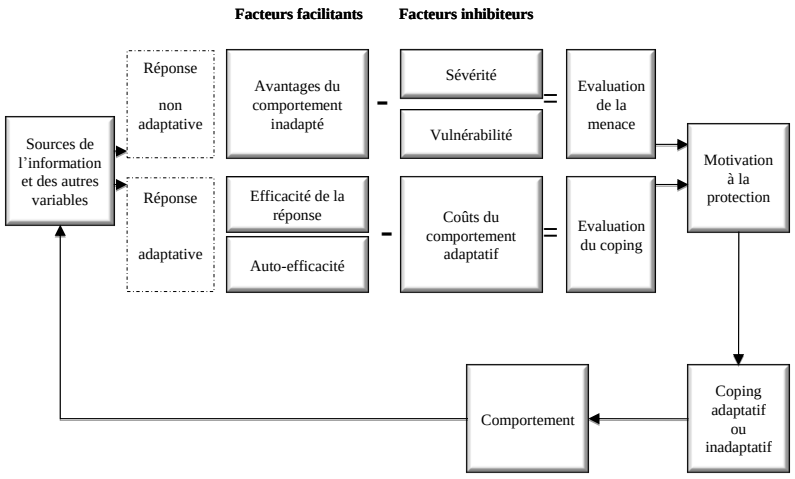


Figure 5.Théorie de la motivation à la protection adaptée par Boer et Seydel (1995) et Norman, Boer et Seydel (2005)

2.1.4. Validité du modèle

Les méta-analyses confèrent un modeste soutien au modèle de motivation à la protection (Floyd et al., 2000 ; Milne, Sheeran et Orbell, 2000). Les perceptions de vulnérabilité et de sévérité induisent un sentiment de menace (Wurtele et Maddux, 1987 ; Rippetoe et Rogers,

1987) dont l'impact se révèle d'importance faible à modérée sur les intentions comme sur les actes. En moyenne, les effets de la peur sont moindres que ceux du coping (Floyd et al., 2000 ; Norman et al., 2000). L'efficacité perçue est le prédicteur principal de la motivation à l'adhérence. La validité du modèle ne rejaillit dès lors véritablement qu'à l'aune du sentiment d'auto-efficacité (Norman et al., 2005). Le facteur explique à 76% le comportement habituel du sujet (Milne et al., 2000), confirmant par là même le caractère incontournable de la variable quel que soit le champ investigué (Floyd et al., 2000). L'association du sentiment de vulnérabilité et du sentiment d'auto-efficacité figure le modèle prédictif le plus robuste du comportement (Boer et Seydel, 1995 ; Norman et al., 2005).

D'aperçu général, l'impact des quatre variables du modèle de motivation à la protection est modéré sur les actes (Munro et al., 2007). La somme des jugements ne souligne ni ne mesure le poids de leur interférence mutuelle (Witte, 1992). Or, nous savons qu'il existe par exemple une relation négative entre la sévérité et le ressenti de vulnérabilité (Desrichard, Verlhiac et Milhabet, 2001 ; Spitzenstetter, 2006) ou entre l'humeur d'un sujet (*inconfort, dépression*) et l'évaluation qu'il prête à son contrôle personnel sur les contingences (Miles et al., 2009). L'appel à la peur représente dès lors bien plus qu'une simple addition de stimulations.

2.2. Peur et autorégulation : le paradigme des réponses parallèles

Pour Leventhal, la peur génère une tension inconfortable (1970). L'individu qui en fait l'expérience se montre actif dans la résolution de ce stress et s'engage dans un traitement visant à réduire ou éviter la stimulation (Leventhal, Zimmerman et Gutmann, 1984). Le modèle étendu des processus parallèles (Witte, 1992 ; Witte et Allen, 2000) postule que ce processus aboutit à une réponse focalisée soit sur le danger, soit sur les sensations viscérales et émotionnelles de la peur ; la théorisation affirmant de sorte sa filiation aux perspectives de l'autorégulation (Bandura, 1991 ; Leventhal, Nerenz et Steele, 1984 ; Leventhal et al., 1984) (*cf. figure 6*).

2.2.1. Le principe d'autorégulation

Pour Leventhal (1971), chaque situation préfigure un vivier permanent de stimulations propres à l'individu ou à l'environnement. Dans une conception réactive de l'autorégulation, la personne traite ces informations, évalue l'écart ou la *discrépance* avec ses standards

personnels, puis procède le cas échéant à un ajustement pour se rapprocher de l'idéal souhaité (Bandura, 1991). La régulation fonctionne comme un thermostat qui sonde le milieu ambiant, s'activant ou non selon la programmation configurée. Elle répond à une boucle rétroactive négative ou positive, c'est-à-dire à un *feedback* (Bandura, 1977).

L'individu dispose de deux modes de résolution de la discrépance. Le coping focalisé sur le problème se définit selon Cousson et collaborateurs par les « efforts d'un individu à réduire activement un stress par la recherche d'informations, de moyens et de planifications visant à résoudre les problèmes ». Le coping centré sur l'émotion renvoie quant à lui aux « tentatives de ce dernier pour contrôler un stress interne en évitant les situations stressantes ou en réévaluant la tension de manière positive » (Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rascle, 1996, In Trouillet et al., 2009, p. 357-358).

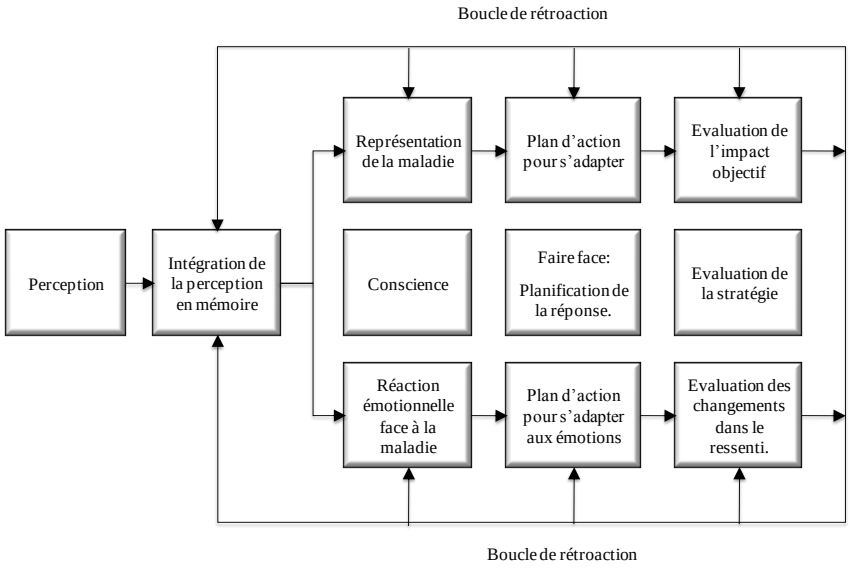


Figure 6. Théorie des systèmes autorégulés de Leventhal, Nerenz et Steele (1984) repris de Munro et al (2007)

2.2.2. Le modèle des réponses parallèles

Le modèle des réponses parallèles ou *parallel process model* (Leventhal, 1970 ; 1971) appréhende l'impact de la peur à travers le paradigme d'autorégulation (*cf. figure 7a*). La menace crée une tension inconfortable qui motive l'individu à recouvrer un équilibre interne. Elle est évaluée via un encodeur cognitif, lequel détermine la stratégie de faire face à y confronter. Le processus génère deux types de régulations selon que la personne se sente submergée par l'éprouvé de peur ou en transcende le ressenti.

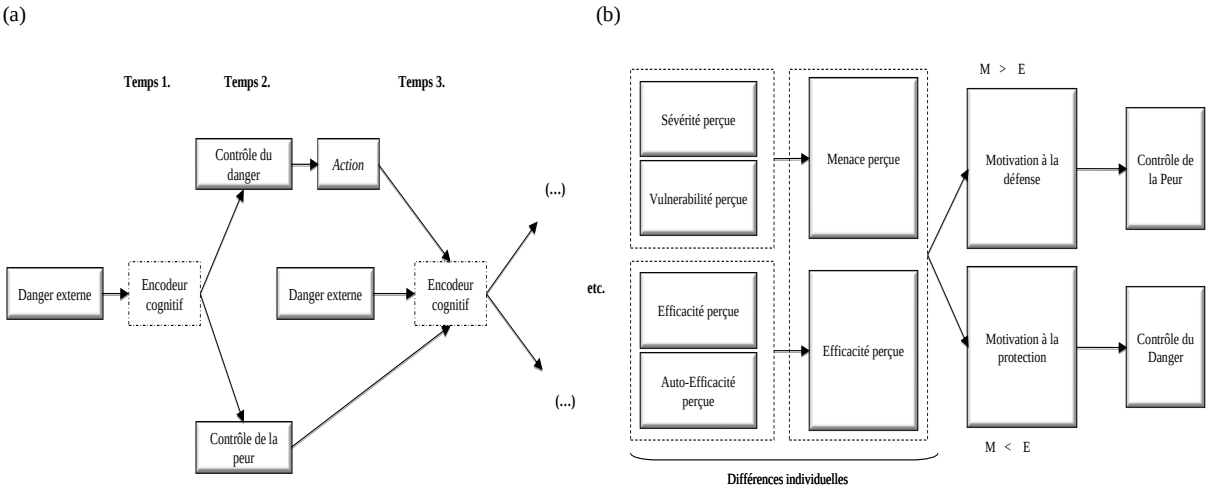


Figure 7a. Modèle des processus parallèles adapté de Leventhal (1971) 7b. Modèle étendu des réponses parallèles inspiré de Witte (1994)

Quand la crainte reste canalisée en deçà du seuil de tolérance de l'évaluateur, ce dernier peut mettre en œuvre une régulation centrée sur le problème. Leventhal (1971) utilise le terme de contrôle du danger. Un tel coping vise à réduire par l'action le malaise ressenti. La stratégie consiste à intervenir concrètement sur le facteur qui génère la peur. Elle suppose de l'individu qu'il détienne une pleine maîtrise de ses capacités.

Un individu entravé par l'émotion, ou à court de solution efficace disponible, se retrouve démuni face au danger. Le constat est similaire lorsque la recommandation s'avère elle-même source de menace. Dans les cas de figure décrits, l'individu ne parvient pas à endiguer l'inconfort par le biais d'une action productive. Il se résout alors à mettre en place un contrôle de la peur, c'est-à-dire un pattern de stratégies visant à agir directement sur le ressenti de l'émotion. Il peut s'agir d'un évitement défensif ou de mécanismes prompts à décrédibiliser le message (*déni, distorsion perceptuelle*) et donc la menace. L'individu peut même alors émettre contre toute attente des conduites encore plus risquées (Huver et al., 2006 ; Leventhal, 1970 ; Leventhal et Watts, 1966).

Une fois le coping exercé, l'encodeur cognitif procède à une réévaluation de la situation en tenant compte du feedback. En l'absence de tension, le traitement cesse d'opérer car il ne subsiste plus de motivation. Si la stratégie échoue à obvier ou à réduire pleinement l'inconfort, il subsiste une peur résiduelle que l'individu persiste à vouloir taire. L'encodeur détermine à nouveau un coping à mettre en place, constatant de la même manière qu'auparavant si l'objectif de rééquilibrage interne est atteint ou non. Le processus se réitère ainsi jusqu'à parvenir à une résolution entière ou tolérable de la tension.

2.2.3. Le modèle étendu des réponses parallèles

Le modèle de Witte (1992 ; 1994) complète la perspective de Leventhal en y articulant les approches de réduction de la pulsion motivante et de motivation à la protection (De Hoog et al., 2007) (*cf. figure 7b*). La conceptualisation demeure encore aujourd'hui dominante dans l'appréhension des conduites impactées par la peur (Marchioli, 2006 ; Priolo et Milhabet, 2008). Elle modélise les mêmes stratégies de contrôle générées par l'encodeur cognitif mais affine le détail de leurs conditions prédictives d'activation (Girandola, 2000). Witte (1992) reprend la notion de contrôle du danger (résolution du problème) et réemploie aussi la notion de contrôle de la peur (tempérance de l'émotion).

Conforme aux précédents modèles (Rosenstock, 1960 ; 1966 ; Rogers, 1975 ; 1983), l'individu amorce un traitement cognitif des différentes excitations internes et ambiantes qui l'affectent. Il estime ainsi la sévérité et l'occurrence d'un évènement, ce pour préjuger de son caractère menaçant, et évalue parallèlement la croyance qu'il voue à l'efficacité de la solution (*utilité, nocivité*) comme à ses aptitudes à la mettre en œuvre.

Selon Witte (1992), la préférence pour le contrôle du danger est orientée par une évaluation d'efficacité et de menace élevée, laquelle optimise l'adhérence aux recommandations (Girandola et Michelik, 2008). A l'inverse, l'individu se désinvestit de l'action recommandée lorsqu'il ne l'estime pas suffisamment efficace pour faire face au danger. Il privilégie alors un contrôle de la peur, recourant à des stratégies de régulation défensives de l'inconfort (Rogers et Mewborn, 1976). Les messages de persuasion induisant une peur insurmontable sont en ce sens contreproductifs (Miles et al., 2009), de même que les stratégies sujettes à caution, sources d'inquiétude ou de danger (Chu, 1966 ; Lerman, Rimer, Trock, Balshiem et Engstrom, 1990 ; Meszaros et al., 1996 ; Senore et al., 2010).

2.2.4. Une conception référente

De nombreuses méta-analyses soutiennent les idées défendues par la conception de Witte (Floyd et al., 2000 ; Levy-Leboyer et Moser, 1977 ; Witte et Allen, 2000). Le modèle étendu des réponses parallèles reste encore de nos jours un pilier majeur des appels à la peur (Girandola, 2000 ; Marchioli, 2006 ; Priolo et Milhabet, 2008), parvenant à réconcilier des approches de prime abord divergentes (Gallopel-Morvan, 2005 ; Levy-Leboyer et Moser, 1977 ; Rosenstock, 1966).

Comme Janis (Janis, 1967 ; Janis et Feshback, 1953 ; 1954 ; Janis et Terwilliger, 1962), le modèle de Witte conçoit le caractère motivationnel de l'inconfort que génère la menace. En particulier à ce qui a trait au sentiment de vulnérabilité face au risque (Boer et Seydel, 1995 ; De Hoog et al., 2007). Chez l'individu, la conscience du danger draine et lui confère toute l'énergie nécessaire pour impulser un changement cognitivo-comportemental (Rosenstock, 1966 ; Rothman et Kiviniemi, 1999). L'absence de menace ou une menace trop faible entretiennent chez lui un coping passif qui s'exprime par l'inaction (Leventhal et Trembly, 1968). A l'inverse une menace trop élevée ou sans recommandation efficace adjointe est préjudiciable (Miles et al., 2009 ; Rippetoe et Rogers, 1987 ; Rogers et Mewborn, 1976 ; Schwartz, 1970). Dans une telle circonstance, la peur augmente l'inconfort émotionnel du sujet (Chu, 1966 ; Leventhal et Niles, 1964 ; Leventhal et Trembly, 1968 ; McGregor et al., 2004 ; Witte et Allen, 2000), sa résistance (Janis et Terwilliger, 1962) ainsi que sa propension à l'évitement défensif (Chaiken, 1987 ; Janis et Feshback, 1953 ; Miles et al., 2009) ou tout autre coping centré sur l'émotion (Trouillet et al., 2009).

La menace n'influence in fine que la quantification de l'intention (Gallopel-Morvan, 2005 ; Rogers et Mewborn, 1976). Elle peut laisser de marbre, motiver ou encore augmenter le sentiment d'impuissance du sujet. Menace et inquiétude n'expliquent pas suffisamment l'acte. Ils requièrent la coaction de médiateurs (Brewer et al., 2007 ; McCaul et al., 1996) qui canalisent et transcendent leur énergie. Le modèle étendu des processus parallèles (Witte, 1992) articule pertinemment l'apport du modèle de protection à la motivation, précisant le rôle du contrôle comportemental et personnel perçu (Sutton, 1992). Les recherches prouvent une fois encore la validité de la théorie intégrative. Elles montrent que la combinaison la plus prédictive de l'adhérence associe une perception de menace élevée avec une croyance importante dans l'efficacité de la recommandation (Chu, 1966 ; Costanza et al., 2005 ; Floyd et al., 2000 ; Girandola et Michelik, 2008) et dans le sentiment d'auto-efficacité (Bandura et al., 1977 ; Motl et al., 2002 ; Sheeran et Orbell, 2000).

2.3. Communication et interférence de l'émotion

Mais la peur n'est pas seulement consécutive au traitement. Elle l'influence. Pour Chaiken, Giner-Sorolla et Chen (1996), une émotion négative telle que la peur est bien susceptible d'exercer une influence sur le traitement du message, conditionnant son appréhension par l'individu, sa probabilité d'élaboration, et biaisant chez lui les processus d'évaluation (Desrichard et al., 2001 ; Janis et Feshback, 1953 ; Miles et al., 2009 ; Milhabet

et al., 2002 ; Priolo et Milhabet, 2008 ; Spitzenstetter, 2006). Le modèle est celui du système biaisé défensif (Das et al., 2003). Il s'inspire des apports de l'appel à la peur (Janis, 1967 ; Rogers, 1975 ; Witte, 1992) et des travaux sur la communication (Girandola, 2003 ; Lasswell, 1948 ; McGuire, 1999 ; Rohrmann, 2000), en particulier des approches duales de la persuasion (Cacioppo et Petty ; 1984 ; Chaiken, 1980, 1987).

2.3.1. Les processus duaux de traitement de la communication

Les modèles de probabilité d'élaboration (Cacioppo et Petty, 1984 ; Petty et Cacioppo, 1986) et du traitement heuristique de l'information (Chaiken, 1980 ; 1987) postulent deux voies de traitement de l'information.

La voie *centrale* (ou *systématique*) permet une analyse approfondie du message, basée en cela sur des critères pertinents de la communication (*contenu, qualité de l'argumentation*). Un tel traitement requière un effort cognitif considérable, mais aboutit à un jugement plus fiable. La voie *périphérique* (ou *heuristique*) est à l'inverse la voie du traitement superficiel de l'information. Elle se fonde sur des scripts de pensée préétablis (*théories implicites, heuristiques*) davantage accessibles, opérants et rentables en énergie, quand bien même ne sont-ils pas objectivement pertinents pour accréditer la validité d'un message.

Lasswell (1948) organise ces indices à travers la mnémotechnie des 5Q (*5W*). Les variables incluent les caractéristiques de la *source* (Qui ?) (Homer et Kahle, 1990 ; Hovland et Weiss 1951 ; Husek, 1965 ; Shanab et O'Neill, 1979 ; Williams et Williams, 1989), du *message* (Quoi ?) (Edward et al., 2002 ; Rothman et Kiviniemi, 1999), du vecteur d'information (Quel *canal* ?) (Dignan et al., 1994 ; Hewitson, Ward, Heneghan, Halloran et Mant, 2011 ; Legler et al., 2002), du *récepteur* (à Qui ?) (Leventhal et Watts, 1966 ; Pornpitakpan, 2004) et de la réponse cible (Quels *effets* ?) (Hartge, 1999 ; Huver et al., 2006 ; Steele et al., 2010).

La motivation (*implication, intérêt*) et les capacités (*ressources, attention*) d'un individu accroissent sa probabilité d'élaboration, lui permettant de décrypter la communication par la voie systématique (Chaiken, 1980 ; Moorman et Maturlich, 1993 ; Petty et Cacioppo, 1979). Dès lors, l'individu n'est pas immunisé contre la persuasion. Il devient simplement moins sensible aux indices de traitement périphériques (e*xpertise de la source, apparence physique, réactions de l'audience*) qu'il l'aurait été avec un faible niveau d'élaboration (Axsom, Yates

et Chaiken, 1987). Et ce réciproquement. Voilà pourquoi le message doit idéalement manier des arguments à la fois centraux et heuristiques (Cacioppo, Petty et Wright, 1974 ; Cacioppo et Petty, 1984). Le recours à une source experte (Milgram, 1963 ; 1974 ; Shanab et O'Neill, 1979) convainc ainsi adéquatement quel que soit le degré d'élaboration du sujet (Homer et Kahle, 1990) sous réserve que le sujet ne dispose pas de connaissances spécifiques (Beauvois et Nick, 2010 ; Jackson, Hunter et Hodge, 1995), que l'expert soit légitime (Weeb et Sheeran, 2006), non pas une célébrité (Larson, Woloshin, Schwartz et Welch, 2005 ; Stein, Lewendon, Jenkins et Davis, 2005) et que son étiquette soit mentionnée en amont du message (Husek, 1965), guidant alors le jugement de l'individu (Rosenhan, 1973).

2.3.2. Biais et parasitage de l'émotion

L'élaboration est tributaire de la motivation et des capacités (Cacioppo et Petty, 1984), lesquels sont, nous le constations, impactées par l'émotion (*énergie, direction*). Les émotions négatives paralysent ainsi le traitement (Prochaska et DiClemente, 1982) comme peuvent le motiver. C'est le cas de la tristesse, qui stimule les capacités de traitement de l'individu et lui intime de ressortir du message les éléments positifs enclins à lui faire recouvrer un état de bien-être interne (Mackie et Worth, 1989 ; Ric et Alexopoulos, 2009).

La fonction de la peur est semblable. Tantôt motivante, tantôt interférente selon le dosage de menace (Janis, 1967 ; Janis et Feshback, 1954). Lorsque son induction dépasse le seuil de tolérance de l'organisme, le besoin de réduction mobilise une part importante des ressources (*capacités*) pour analyser et solutionner la situation d'inconfort. La canalisation du traitement interfère dès lors avec les autres processus, perturbant les capacités d'apprentissage (Duke, 1967) et réduisant le potentiel attentionnel de l'individu (Leventhal et Trembly, 1968). Un rapport inversé entre ressenti de stress et cognition est ainsi rapporté par Azoulaï dans une discussion sur les bénéfices de l'empathie dans la relation thérapeutique (2006).

2.3.3. La théorie du système biaisé défensif

Dès lors, il est possible d'imaginer qu'une peur intense conditionne chez l'individu une probabilité d'élaboration basse et donc un traitement préférentiellement heuristique. En réalité, l'émotion entraîne un traitement systématique faussé de la communication. Le système devient alors biaisé défensif (Chaiken, Giner-Sorolla et Chen, 1996 ; Das, De Wit et Stroebe, 2003). Le traitement central y est emprunté de manière dysfonctionnelle, impacté par des

stratégies de distorsion, de déni et d'évitement œuvrant à la protection du Soi. Il s'agit des mêmes mécanismes éprouvés par le modèle de Rogers (1975).

L'analyse systématique biaisée défensive agit tel un filtre cognitif. Elle sélectionne ou surévalue les indices pertinents avec l'opinion initiale du sujet de sorte à lui permettre de réduire l'inconfort généré par la peur. Un individu se sachant très vulnérable peut ainsi décrypter la communication dans le sens de ses attentes, confirmant ses doutes sur l'efficacité de la recommandation. Il peut également minimiser la gravité du risque (Desrichard, Verlhiac et Milhabet, 2001 ; Spitzenstetter, 2006) et/ou développer une attitude critique et réactante envers le message (Marchioli, 2006). Une peur trop intense peut également contraindre par contraste l'individu à dénigrer son sentiment d'efficacité personnelle ; la contingence lui étant si oppressante qu'il doute de savoir la surmonter (Bagozzi et al., 1998 ; Bandura, 1977).

Chu distingue de sorte deux formes de régulation de l'angoisse (1966). La peur *évitée* et la peur *réduite*. La première qualifie une résolution de l'affect motivée par la distraction, c'est-à-dire la cessation de l'exposition à la stimulation menaçante par l'usage de stratégies de détournement attentionnel (*tabou, politique de l'autruche*). La seconde implique une régulation motivée par la déformation ou la distorsion, laquelle est à l'œuvre lorsque le système devient biaisé défensif. L'individu minimise ou maximise certaines évaluations de sorte à ne plus témoigner de peur en surévaluant par exemple ses comportements pro-santé et en relativisant ses conduites néfastes (Rothman et Kiviniemi, 1999).

Pour De Hoog et collaborateurs (2007), l'emprunt d'un traitement faussé n'est pas nécessairement préjudiciable à l'adoption de la recommandation de santé. Les stratégies de défense régies par le contrôle de la peur distordent certes l'évaluation de la menace (*minimisation, optimisme comparatif*) mais aussi celle du contrôle, y compris dans le sens d'une surévaluation de l'efficacité perçue (*immunisation contre le risque*). Les chercheurs ne peuvent donc plus admettre l'indépendance de traitement entre les deux jugements, la menace (sévérité perçue, susceptibilité perçue) amenant l'individu à reconsidérer son appréciation des bénéfices de la recommandation.

Pour Marchioli (2006), le traitement systématique devient biaisé lorsque la personne, certes impliquée, fait montre de suspicion vis-à-vis du message. Lorsque la cible est critique, elle n'est plus en mesure d'opérer un traitement systématique objectif de l'information. Dans le cadre de la prévention, la communication est souvent ambiguë (*polysémies, imprécisions,*

contradictions entre experts) (Miles et al., 2009). Elle alimente l'équivoque, la méfiance au sein de la population (Meszaros et al., 1996 ; Sitbon et Maresca, 2002). Les multiples tentatives de sensibilisation submergent alors les ressources de l'individu (*capacités*), lequel opère un traitement faussé de la communication (Courbet, 2003). Le récepteur minimise son risque par rapport aux autres (Desrichard et al., 2001 ; Milhabet et al., 2002 ; Spitzenstetter, 2006 ; Verlhiac et Milhabet, 2001). Il interprète dans le sens de ses doutes les informations lacunaires ou tendancieuses de la communication (Miles et al., 2009).

3. Synthèse des appels à la peur

Depuis 1999, les campagnes de santé publique recourent de plus en plus aux inductions de peur (*images vivides anti-tabac, spots chocs de la Sécurité Routière*) (Gallopel-Morvan, 2005), promptes à « effrayer pour persuader » (Priolo et Milhabet, 2008, p. 212). Un dosage adéquat de la menace sert justement un tel objectif, augmentant le sentiment de vulnérabilité du public et sa sévérité perçue du risque. L'appel à la peur revêt ainsi un caractère motivationnel certain. Il constitue une approche pertinente et efficace si tenté que son usage se fasse à bon escient (Job, 1988 ; Leventhal et Trembly, 1968). La persuasion par la peur ne se réduit pas à une posologie appropriée de menace. Si l'administration d'une menace élevée fait consensus (Hass et al., 1975), l'inconfort induit se révèle éphémère (Floyd et al., 2000 ; Mewborn, 1975 ; Rogers et Mewborn, 1976), prouvant par là-même l'existence des mécanismes de motivation à la réduction (Janis et Terwilliger, 1962 ; Spitzenstetter, 2006). Il convient donc d'être en mesure de proposer aux personnes inquiètes des alternatives efficaces à court terme et faciles à mettre en œuvre pour solutionner leur angoisse (Chu, 1966 ; Janis et Feshback, 1953 ; Leventhal, 1971 ; Levy-Leboyer et Moser, 1977).

L'appel à la peur n'est en ce sens pas un conditionnement S-R (*stimulus/réponse*). La dimension du contrôle est primordiale, quand bien même est-elle souvent mésestimée par les promoteurs (Job, 1988), en particulier auprès de fumeurs fortement dépendants qui réagissent mal aux inductions de menace (Gallopel-Morvan, 2005 ; Janis et Terwilliger, 1962 ; Leventhal et Niles, 1964) ou d'automobilistes convaincus que leur sécurité dépend des efforts des autres (Milhabet et al., 2002). Le contrôle doit être efficace et sans risque sur le stresseur (Dabbs et Leventhal, 1966 ; Floyd et al., 2000 ; Meszaros et al., 1996 ; Milne et al., 2000 ; Rogers, 1975 ; Witte, 1992).

Une connaissance plénière et exhaustive des appels à la peur se veut cependant compromise compte tenu d'une absence de consensus apparent (Gallopel-Morvan, 2005 ; Levy-Leboyer et Moser, 1977 ; Rosenstock, 1966) et d'un défaut d'évaluation des campagnes (Robertson et al., 1974). Il n'existe en outre pas d'application standardisable de l'appel à la peur, l'induction se basant sur une émotion, c'est à dire un ressenti subjectif. Les caractéristiques individuelles (estime de soi, anxiété trait) impactent ainsi la variabilité des effets de la peur (Girandola, 2000 ; Levy-Leboyer et Moser, 1977 ; Witte, 1992). Au niveau méthodologique, peu d'études mesurent de façon claire l'impact de la menace sur la conduite et sur le long terme (Levy-Leboyer et Moser, 1977 ; Sutton, 1992).

La peur reste un déclencheur motivationnel. Seule, elle prédit l'intention (De Hoog et al., 2007) mais faiblement l'acte (Robertson et al., 1974 ; Sutton, 1992 ; Witte et Allen, 2000). La persuasion ne garantit ni la prise de conscience ni le changement de conduite (Girandola et Joule, 2008). Eloignés du contexte d'inoculation, les sujets ne sont en effet plus en contact avec les indices persuasifs. Leur jugement s'en trouve de moins en moins impacté (*effet d'assoupissement*) (Hovland, Lumsdaine, Sheffield et Princeton, 1949 ; Hovland et Weiss, 1951). Ils deviennent dès lors plus sensibles à la contre-persuasion (Pornpitakpan, 2004 ; Sheeran et Orbell, 1999 ; Webb et Sheeran, 2006). Ce manque de stabilité pose problème. L'efficacité et l'intérêt de la prévention reposant sur une généralisation des conduites recommandées (fidélisation).

Les thématiques par essence anxiogènes comme le dépistage du cancer rendent l'appel à la peur implicite et irréductible. L'approche permet à notre sens de bien saisir l'incidence représentationnelle du cancer dans notre culture hypermoderne (Broc, 2009b) tout comme la portée des infractions au contrôle perçu, fréquentes dans une société de la méfiance et du doute (Barus-Michel, 2006).

III. La perspective temporelle de l'autorégulation

Une autre dimension du contexte reste donc encore à appréhender. Il s'agit du poids de l'orientation temporelle des individus (Carstensen, 1993 ; Zimbardo et Boyd, 1999). Les individus hypermodernes ne prêtent ainsi de sens qu'à l'immédiateté (Aubert, 2006 ; Barus-Michel, 2006 ; Maffesoli, 2006), ne se focalisant de fait que sur les retombées immédiates du comportement de prévention.

Les perspectives temporelles de l'autorégulation (Carstensen, 1993 ; Hall et Fong, 2007 ; 2010 ; Lang et Carstensen, 2002 ; Zimbardo et Boyd, 1999) prennent acte de la faculté de projection des individus. Elles articulent les apports des précédentes modélisations tels que la perception de contrôle ou la boucle de rétroaction (Bandura, 1991 ; Leventhal, Nerenz et Steele, 1984 ; Leventhal et al., 1984) et considèrent le caractère prioritaire du besoin de réajustement face à l'émotion.

1. Le poids de l'orientation temporelle

La théorie temporelle de l'autorégulation ou *temporal self-regulation theory* (Hall et Fong, 2007 ; 2010) livre une étude biopsychosociale de la conduite. Le modèle articule une lecture psychosociale, différentielle, cognitive et behavioriste du comportement. Il s'inspire également des neurosciences, décrivant la cohabitation dans notre cerveau de deux systèmes primitifs de protection de l'organisme. D'un côté, le cortex préfrontal a pour objet la prise de décision rationnelle et réfléchie. Il s'agit d'une structure neurocognitive de haut niveau pour laquelle les auteurs attribuent une fonction exécutive d'anticipation, de projection et de planification à long terme (Collins et Mullan, 2011). Son exécution requiert un niveau élevé d'élaboration. De l'autre, le système limbique est le siège des émotions, de l'impulsivité et de l'urgence. Il est coordonné par des mécanismes procéduraux automatiques qui se mettent instinctivement en œuvre après stimulation.

1.1. Protection immédiate et contrôle

L'émotion doit être comprise comme un signal dont la résolution devient aussitôt prioritaire à celle des autres traitements initiés. Le besoin de régulation est en ce sens le vestige de notre animalité, servant une protection immédiate instinctive du Soi. Confronté à une émotion, l'organisme se défend de manière impulsive. Il privilégie la voie limbique, plus optimale et réactive, ce puisque gérée par des automatismes. Lorsque les conditions s'y prêtent et qu'elle arrive à tenir une distance affective avec la situation, l'entité peut alors recourir au lobe préfrontal pour réguler son stress.

La capacité d'abstraction d'une personne dépend du processus dont elle se sert pour traiter l'information et solutionner l'inconfort. Elle relève notamment de la capacité d'autorégulation du sujet. Laquelle est elle-même déterminée par la fonction exécutive du cortex préfrontal. La capacité d'autorégulation permet le management des différents patterns

comportementaux susceptibles d'exercer un contrôle sur les cognitions, les émotions et les réponses physiologiques de l'organisme (Collins et Mullan, 2011, p. 639). Relativiser ses sensations présentes parait ainsi complexe pour l'individu. L'organisme étant mué par un besoin instinctif de régulation à court terme. Il est de sorte rendu inapte à se projeter, et donc à décider rationnellement (Hall et Fong, 2007). La capacité d'autorégulation permet justement cette abstraction. Elle constitue un puissant modérateur de l'acte.

A l'instar du postulat des modèles de l'expectative, l'intention d'action est ici motivée par les croyances et les attentes préalables de l'individu sur le résultat. La mise en œuvre du comportement dépend ainsi de ce que l'évaluateur perçoit de sa contingence temporelle, de la valeur qu'il accorde à cette contingence et de la capacité d'autorégulation dont il dispose (*cf. figure 8*).

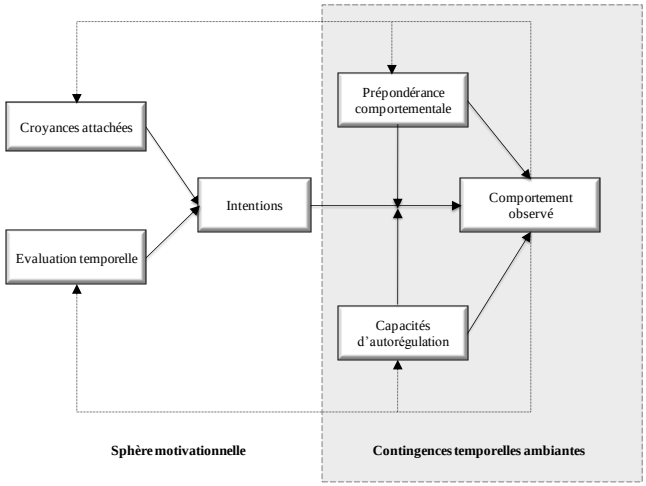


Figure 8. Théorie temporelle de l'autorégulation d'après Hall et Fong (2007)

1.2. Les contingences temporelles

Comme nous l'avons abordé à travers les précédents modèles, l'individu est sans cesse amené à évaluer les conséquences d'une action en termes de coûts et de bénéfices perçus. Toute conduite comporte en soi des caractéristiques qui attirent et freinent en même temps la personne, la rendant ambivalente pour un même objet (Hall et Fong, 2007 ; Miller et Rollnick, 2006). Le tabac peut ainsi nuire à la santé d'un côté tout en permettant de l'autre au fumeur de s'intégrer plus facilement socialement ou de gérer son stress.

L'individu ne limite pas ses attentes à une simple anticipation des avantages et des inconvénients de la conduite. Il évalue également à quel moment il s'attend à être confronté aux résultats de cette action, qu'il s'agisse d'occurrences bénéfiques ou potentiellement

néfastes. A long terme, la pratique régulière d'un exercice physique diminue le risque d'atteintes cardiovasculaires et augmente l'espérance de vie. A court terme, elle est associée à une contrainte, une dépense coûteuse de temps et d'énergie. Les conséquences de l'activité physique sont ainsi reliées à des contingences temporelles à la fois proximales et distales (Adams, 2009) comme c'est le cas pour d'autres conduites préventives. Ces contingences sont orientées. Elles astreignent l'individu à produire des efforts immédiats pour atteindre des bénéfices ultérieurs. La probabilité d'action est alors en partie conditionnée par la valeur et l'importance que l'individu alloue à cette contingence et à sa temporalité.

De manière instinctive, l'attention du sujet se focalise sur le court terme. L'individu opère naturellement un cadrage proximal. Il adhère ainsi plus favorablement à un comportement qui ne présente pas de contraintes présentes ou dont les bénéfices sont immédiats. Dans une expérience, Collins et Mullan (2011) observent que les conduites hédonistes sont plébiscitées (*snacks, petites collations*) car elles procurent un bienfait immédiat et n'exigent pas de l'individu qu'il se contrôle. L'auto-efficacité et le contrôle perçu n'ont d'ailleurs d'effet dans cette expérience que pour motiver les conduites distales.

Pour Hall et Fong (2007 ; 2010) le contrôle s'établit via la capacité d'autorégulation. Laquelle permet à l'individu de faire fit des contingences proximales (*coût de la recommandation, bénéfices de la conduite néfaste*), faisant le deuil d'un certain confort en gage d'un bien-être futur (*évitement du risque, gain de ressources*). De manière similaire, les campagnes classiques prônent le dépistage du cancer colorectal en vertu de bénéfices ultérieurs. Les messages séduisent tout particulièrement les individus orientés vers l'avenir (Orbell, Perugini et Rakow, 2004 ; Whitaker et al., 2011). Les interventions opérant un cadrage positif à court terme comme le calendrier des bienfaits de l'arrêt du tabac (D.A.S.S., 2006 ; Delorme, 2006) sont donc à privilégier (Guthrie, Butler et Ward, 2009 ; Rosenstock et al., 1988 ; Whitaker et al., 2011). L'orientation temporelle de l'individu conditionnant ainsi sa motivation à mettre en place ou non un comportement.

1.3. Les différents rapports au temps

L'aptitude à s'autoréguler autorise les personnes à s'affranchir du poids des habitudes et de l'immédiateté. Selon Collins et Mullan (2011) et d'après Gollwitzer (1993), une atteinte cérébrale au lobe qui la sous-tend rendrait les patients hypersensibles aux données immédiates et donc incapables de planifier une action. Ces derniers éprouvent alors des difficultés à

anticiper et accordent moins d'importance aux occurrences futures que des individus dont la fonction exécutive ne serait pas compromise. Cette distinction dans le contrôle pose alors la question de différences individuelles dans l'orientation temporelle.

D'après la théorie de sélection socio-émotionnelle de Carstensen ou « *Socioemotional selectivity theory* » (Cartensen 1993 ; Lang & Cartensen 2002), les individus établissent leurs buts en fonction de leur rapport au temps. Lorsqu'ils conçoivent ce dernier de manière étendu voire sans limites, ils privilégient de fait la réalisation de buts sur le long terme (*engranger des ressources potentiellement utiles, établir des relations sérieuses avec des gens*). Ils priorisent alors l'avenir. A l'inverse, lorsque les gens établissent clairement une limitation au temps, ces derniers portent leur intérêt à la recherche de bénéfices à court terme.

Comme nous l'avons vu, les campagnes publiques présentent un cadrage distal des bénéfices. Dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, elles séduiront donc plus significativement des individus centrés sur des considérations futures que d'autres qui opposeraient leur bien-être immédiat aux contraintes relatives à l'examen (Orbell et al., 2004 ; Withaker et al., 2011). Il en va de même pour le tabagisme, l'activité physique ou l'alimentation (Adams, 2009 ; Guthrie et al., 2009). Les individus à score élevé dans la considération des conséquences futures adoptent une attitude plus favorable envers la recommandation de santé, si tenté qu'ils perçoivent un lien de causalité entre leur comportement présent et les effets à venir (Strathman, Gleicher, Boninger et Edwards, 1994). L'orientation vers le futur est corrélée positivement au sentiment d'efficacité personnelle et à l'adoption de l'acte (Luszczynska et al., 2004 ; Strathman et al., 1994).

Dans leurs relations aux autres, les personnes établissant une continuité dans l'avenir attachent une préférence pour les amitiés solides, sincères et sûres. Celles centrées sur le présent optent au contraire pour des relations superficielles, relatives et formelles (Lang & Cartensen 2002). Aujourd'hui plus encore, ce type de relations interchangeables et éphémères fourmille en parallèle à l'essor fulgurant des plates-formes de réseaux sociaux (Aubert, 2006 ; Enriquez, 2006). Ce mode relationnel est symptomatique d'une société hypermoderne massivement préoccupée par l'instantanéité des contingences. Vivre le bonheur présent (*carpe diem*) conjure l'ombre oppressante de la perte et de la souffrance (*mort, vieillesse, handicap*), toutes deux intimement liées au temps et à l'avenir. Une corrélation positive entre centration sur le présent et hédonisme est d'ailleurs soulignée par les auteurs sur l'orientation temporelle (Crockett, Weinman, Hankins et Marteau, 2009 ; Guthrie et al., 2009).

Pour Zimbardo et Boyd (1999), la préférence d'orientation temporelle des personnes ne se réduit pas à une simple dichotomie de centration présente ou future. La typologie doit tenir compte d'un certain nombre de nuances comme l'attribution de causalité (Strathman et al., 1994) ou encore la valeur accordée à l'hédonisme et aux évènements passés. A travers leur inventaire, les auteurs proposent une catégorisation des rapports au temps en cinq facteurs et 56 items qu'ils valident dans leur article. La classification articule un éventail de centrations passées négatives ou positives, présentes fatalistes ou hédonistes ainsi qu'une temporalité future (Zimbardo et Boyd, 1999).

Les individus centrés sur un passé-négatif ont le plus souvent vécu un traumatisme. Ils sont unis par le remord, la crainte ou le dégoût du passé et développent une propension à la dépression, l'agression ou l'anxiété. A l'inverse, les individus centrés sur un passé-positif sont nostalgiques d'une époque aujourd'hui révolue. Ils disposent d'un sentiment d'auto-efficacité élevé au regard de la satisfaction qu'ils éprouvent de leurs précédents renforcements. Avec la focalisation sur un présent hédoniste, la nostalgie du passé caractérise comme nous l'avons abordé la principale orientation de notre société hypermoderne (Aubert, 2006 ; Barus-Michel, 2006). Les personnes centrées sur le plaisir présent valorisent la jouissance immédiate, les stimulations et l'absence de contrainte. Le facteur est ainsi positivement corrélé à la recherche de sensations, la prise de risque, l'énergie, le contrôle de l'ego et la poursuite de la nouveauté (Zimbardo et Boyd, 1999). Les individus centrés sur un présent hédonique peinent ainsi à freiner leurs impulsions.

A l'opposé, les personnes orientées vers le futur disposent d'une prise de conscience et d'un contrôle sur leurs pulsions plus élevés. Elles se tiennent disposées à concéder quelques contraintes immédiates, cela dans l'optique de gains à venir ou pour obvier à des préjudices futurs. Cette position les rend ainsi particulièrement adhérentes aux recommandations de santé (Rothspan et Read, 1996). Lang et Carstensen (2002) soulignent que la régulation des émotions, par définition à contingence immédiate, suscite un sentiment d'inconfort chez les personnes concevant une temporalité étendue, entraînant un échec dans son entreprise. Chez les individus considérant une limitation au temps, une telle régulation participe au contraire à une réduction de la tension et à l'émergence d'un sentiment de satisfaction. La dernière classification de Zimbardo décrit enfin la considération des individus pour un présent fataliste. Pour ces derniers, les actions présentes ne revêtent aucune incidence sur les conséquences futures. Les évènements sont animés par des forces supérieures contre lesquelles la personne

s'estime impuissante. Les individus qui adoptent cette orientation ont un lieu de contrôle externe. Ils peinent à croire en l'efficacité de la recommandation et en leur propre efficacité à exercer un pouvoir sur les contingences futures.

1.4. Précarité et temporalité

La littérature est unanime. Un statut socioéconomique précaire prédit une faible adhérence aux recommandations de santé (Breen et al., 2001 ; Holden et al., 2010 ; Lee et Vogel, 1995 ; Nijs et al., 2000 ; Tanner-Smith et Brown, 2010 ; Taplin et al., 2000 ; Wardle et al., 2004). Les individus éduqués se font plus probablement dépister du cancer que d'autres personnes moins avantagées (King et al., 1994 ; McQueen et al., 2007 ; Senore et al., 2010 ; Trevena et al., 2008) comme celles jouissant d'un revenu élevé (Lerman et al., 1990 ; Ludman et al., 1999a ; Rimer, 1994 ; Sieverding et al., 2010 ; Slater et al., 2005 ; Solomon et al., 1998 ; Trock et al., 1993 ; Zapka, Stoddard, Maul et Costanza, 1991) et d'une assurance santé (Breen et al., 2001 ; Cokkinides et al., 2003 ; Seeff et al., 2004 ; Swan et al., 2003).

Jusqu'à présent, les explications données allouent principalement au public socioéconomique précaire des difficultés intrinsèques d'interprétation, de compréhension ou d'utilisation de l'information. Lesquelles l'empêchent de prendre une décision *rationnelle* pour sa santé (Dignan et al., 1994 ; Dolan et al., 2004 ; Houts et al., 2006 ; Miller et al., 2005 ; Schwartz et al., 1999). Les auteurs avancent également l'hypothèse d'un particularisme géographique qui conditionne l'accès à l'information des différentes tranches de la population (Breen et al., 2001 ; Cole et al., 2002 ; Marteau et al., 2010 ; Swan et al., 2003). Pour les auteurs de la perspective temporelle de l'autorégulation, l'explication de tels écarts peut être toutefois trouvée ailleurs.

Les individus établissent ainsi des objectifs à plus ou moins long terme selon leur cadre temporel de référence (Cartensen, 1993 ; Lang et Cartensen, 2002) et la valeur qu'ils y accordent (Hall et Fong, 2007). Pour les individus en situation socioéconomique précaire, cette évaluation est compromise et les empêche de se projeter sereinement dans l'avenir (Crockett et al., 2009 ; Whitaker et al., 2011). Guthrie et collègues (2009) mettent en exergue un rapport de corrélation entre éducation et considération temporelle future. Selon eux, les personnes éduquées prétendent à de meilleures opportunités, jouissent d'un travail plus stable, mieux rémunéré qui leur permet d'accéder à un meilleur logement, à un environnement stimulant. Les hauts statuts socioéconomiques entretiennent une situation équilibrée et stable

qui les aide à s'émanciper, à disposer d'un certain recul sur les évènements. A l'inverse, les individus à bas statut socioéconomique peinent à faire face aux impératifs du quotidien. Ils doivent gérer les imprévus et les urgences, ne pouvant ni anticiper l'avenir, ni être en mesure de s'imposer de nouvelles contraintes présentes. Ils élaborent alors d'autant moins de projets à long terme (Guthrie et al., 2009 ; Lang et Carstensen, 2002) qu'ils entrevoient un futur aussi instable et incertain que leur quotidien (Adams, 2009 ; Whitaker et al., 2011).

La précarité conjugue un rapport au temps tronqué. Elle ne permet ni l'anticipation, ni la capacité d'autorégulation. Elle est ici essentiellement socioéconomique mais recouvre une pluralité d'indices qui permettent d'expliquer en quoi certaines personnes adhèrent ou n'adhèrent pas aux recommandations de santé. Parmi ces indices, le fait d'avoir un revenu élevé et d'être éduqué favorise comme nous l'avons vu la projection à long terme et donc la participation (Breen et al., 2001 ; Tanner-Smith et Brown, 2010), de même pour qui dispose d'un travail (Nijs et al., 2000 ; Taplin et al., 2000) à contrat indéterminé (Adams, 2009 ; Guthrie et al., 2009 ; Senore et al., 2010) ou à position hiérarchique élevée (Zimbardo et Boyd, 1999). La vie conjugale symbolise l'essence même de la stabilité. Les personnes mariées se soutiennent mutuellement face aux aléas quotidiens. Elles établissent des projets communs, se motivent et se soutiennent l'un l'autre. Rien d'étonnant à cela que la situation maritale prédispose donc le retour aux interventions (Karwalajtys et al., 2006 ; Prochaska, DiClemente, Velicer et Rossi, 1993) et l'adhérence aux recommandations de santé (King et al., 1994 ; McGregor et al., 2004 ; McQueen et al., 2007 ; Seeff et al., 2004). Dans le même ordre d'idée, il est plus facile à un individu de type caucasien de formaliser des attentes plus élevées dans une société à dominance ethnique caucasienne. Les personnes noires de peau, hispaniques ou peu acculturées devant centraliser leurs efforts pour s'intégrer, assimiler les bases fondamentales de la langue ou tout simplement résister face à la xénophobie et au racisme dont elles sont instamment les victimes. Les différences de participation revêtent alors un caractère ethnique et culturel en faveur des blancs (Bernstein et al., 2005 ; Breen et al., 2001 ; Cokkinides et al., 2003 ; Han et al., 2006 ; Holden et al., 2010 ; Robertson et al., 1974 ; Rosenstock, 1966 ; Swan et al., 2003 ; Taplin et al., 2000).

2. Habitudes et actes passés

La temporalité des attentes comme la valeur accordée à ces contingences impactent la motivation de l'individu à mettre en œuvre le comportement. Le contexte joue néanmoins un

rôle prépondérant, pouvant dans certains cas favoriser l'expression des automatismes et entraver l'influence de l'intention. On parle de prépondérance comportementale.

2.1. La prépondérance du comportement

La prépondérance comportementale est sous-tendue par des automatismes (*cf. figure 8*). Il peut s'agir de forces muées par l'instinct et/ou des scripts et des schèmes comportementaux habituels. Ces mécanismes procéduraux recoupent aussi bien le poids des adhérences passées que l'influence des signaux internes de l'organisme. Les alertes physiologiques de la faim ou de la soif sont ainsi source de tension. Elles imposent au sujet un traitement prioritaire de l'inconfort et court-circuitent par là-même le passage des intentions aux actes.

Tout comme la théorie des comportements interpersonnels de Triandis (1977) ou la théorie sociocognitive de Bandura (1977 ; 2004), la perspective temporelle de l'autorégulation conçoit la force de l'habitude, des routines et des actes passés dans la détermination des conduites futures (Collins et Mullan, 2011 ; Hall et Fong, 2007 ; 2010). La probabilité de réitération d'une action est d'autant plus élevée que son auteur s'attend à ce qu'elle produise les mêmes résultats, les mêmes renforcements qu'auparavant. La répétition de la réponse est alors conditionnée par son efficacité, sa praticité et sa capacité à prodiguer rapidement les résultats escomptés (Ouellette et Wood, 1998). Une action déjà entreprise apparaît d'autant plus facile à mettre en œuvre que l'individu sait désormais comment la pratiquer tout en palliant les précédentes difficultés rencontrées (Cacioppo et Petty, 1984 ; Bandura et al., 1977 ; Hagger et al., 2002). L'appel implicite de l'organisme aux automatismes se comprend par une tendance naturelle à l'économie des ressources (Hall et Fong, 2010). Se confronter à une situation similaire (inchangée) dispense l'individu d'un traitement fastidieux et redondant. Au regard des précédents renforcements, l'organisme n'a en effet plus qu'à activer la réponse associée la plus optimum pour réguler la tension. L'action maintes fois répétée est encodée de telle sorte à être automatiquement produite en présence des indices environnementaux pertinents (Sheeran et Orbell, 1999).

Il apparaît donc dans une telle perspective que la prépondérance comportementale (*habitudes, engagements passés*) se trouve naturellement tributaire de l'existence d'un contexte stable (Hall et Fong, 2007 ; 2010 ; Ouellette et Wood, 1998 ; Sheeran et Orbell, 1999). La stabilité d'une situation se définit par son caractère similaire ou immuable par rapport à une évaluation passée. Les actes produits avec une fréquence élevée dans un

contexte stable augmentent significativement la prédisposition du sujet à agir, ce sans qu'il le formalise préalablement par une intention (Collins et Mullan, 2011). Leur influence est alors prédominante quelle que soit la contingence temporelle de la conduite (Hagger et al., 2002). A l'inverse, un contexte instable ne permet pas l'expression des habitudes. Une situation qualifiée d'instable traite de sollicitations nouvelles, rares ou méconnues. Dans un tel cas de figure (*changement, première confrontation*), la prépondérance comportementale n'a plus lieu d'exister. Ce sont alors les intentions qui priment dans la détermination de l'acte.

La prépondérance comportementale s'oppose en définitive au contrôle rationnel dévolu par les capacités d'autorégulation de l'individu. Comme nous l'évoquions tantôt (Hall et Fong, 2007), ces aptitudes permettent à la personne de reléguer dans une certaine mesure les automatismes au second plan, la laissant libre de bâtir sa propre hiérarchie de priorités. La grève de la faim illustre comment les capacités autorégulatrices aident ceux qui y font appel à taire momentanément le signal d'appétence pour y substituer un besoin secondaire plus en phase avec leurs valeurs, leurs convictions.

2.2. La planification de l'intention

Une solution pour corriger les habitudes néfastes consiste à implémenter l'intention, autrement dit à la circonstancier (Gollwitzer, 1993 ; Gollwitzer et Brandstätter, 1997 ; Sheeran et Orbell, 2000). En place d'un but vague et indéfini (*j'ai l'intention d'accomplir x*), l'individu précise des repères spatiaux et temporels à son objectif (*j'ai l'intention d'accomplir x à un temps y et dans un lieu z*). L'implémentation est une stratégie d'autorégulation qui optimise la transition entre la phase décisionnelle et la phase de poursuite de l'objectif. Elle intervient donc au cours de la phase post-décisionnelle qui précède l'action.

Il existe indubitablement de multiples voies pour assouvir une même et unique aspiration. Le panel d'opportunités et les nombreuses alternatives constituent autant de distracteurs susceptibles de détourner l'individu de son cap. Il en est de même pour la force des habitudes qui compromettent le changement. L'implémentation de l'intention permet la présélection d'une seule action pertinente parmi l'éventail de possibilités puis son association à des indices contextuels prédéfinis (Sheeran et Orbell, 1999). Le procédé sollicite les processus d'ancrage mémoriel à la manière des pré-notifications (Cole et al., 2007). Au cours de la phase d'action, l'individu ne focalise plus son intention que sur la survenue des indices environnementaux

envisagés et se laisse par conséquent moins distraire par d'autres stimulations (Schweiger-Gallo et Gollwitzer, 2007). Il se tient prêt à agir dès que la situation se présentera à lui.

Plusieurs études rapportent une efficacité de la stratégie d'autorégulation à augmenter la probabilité de mise en œuvre effective du comportement orienté vers le but (Gollwitzer, 1993 ; Prestwich et al., 2005 ; Sheeran et Orbell, 1999 ; 2000). Gollwitzer et Brandstätter (1997) montrent que l'intention implémentée permet significativement plus à l'individu d'atteindre des objectifs aisés qu'à la suite d'une simple formalisation déclarative d'intention. Le bénéfice de l'implémentation est d'autant plus important que les buts visés s'avèrent difficilement accessibles ou proximaux (Bandura et Schunk, 1981). Gollwitzer (1993) illustre le potentiel de la stratégie à augmenter les capacités de rappel des sujets et leur rapidité d'initiation de l'action.

En associant un réajustement préétabli à des indices d'actions définis, la personne exerce un contrôle automatique sur l'activation de la réponse. Elle crée en somme artificiellement un nouvel automatisme qui vient se substituer aux précédentes routines. Si la planification demeure consciente, son emploi engendre des conséquences automatiques qui simplifient le traitement des stimulations et la mise en œuvre de la conduite. L'implémentation de l'intention permet ainsi une focalisation, autrement dit une activation procédurale du savoir pertinent couplée à une inhibition des données non pertinentes qui ne feraient que perturber le processus. Par le contrôle de la volonté et ses capacités d'autorégulation, l'individu est ainsi en mesure de faire front dans une certaine mesure à la prépondérance des comportements passés. L'utilisation des stratégies autorégulatrices reste d'autant plus intéressante à promouvoir que l'individu périclite sous l'empire d'engagements néfastes dont il ne peut s'abstraire. Elle aide au final le sujet à recouvrer un contrôle indispensable sur la situation.

2.3. Intention et investissement

La perspective temporelle de l'autorégulation décrit la prépondérance des comportements passés en situation de contexte stable (Hall et Fong, 2007). Le poids des actes détermine les actes futurs de manière implacable, devant des intentions qui se révèlent en définitive éphémères et instables. Lorsqu'elle est implémentée, la volition optimise au contraire l'investissement du sujet à mettre tout en œuvre pour arriver à ses fins (Gollwitzer et Brandstätter, 1997). L'éventail de moyens disponibles se réduit à une seule occurrence d'initiation que l'individu s'engage à respecter verbalement ou par écrit (Gollwitzer, 1993).

La décision est irrévocable. Plus aucune échappatoire n'est en mesure de dédouaner l'individu de la non réalisation de son objectif, sauf peut-être le fait qu'il n'ait pas été confronté aux inducteurs de l'action. L'implémentation de l'intention pallie les pièges de la procrastination. Elle implique davantage la personne et l'insuffle à redoubler d'efforts afin de tenir ses engagements. La planification mue la simple intention en une intention actée et stable plus prédictive de l'adhérence au comportement futur (Sheeran et Orbell, 1999 ; Sutton, 1987).

Alors que la persuasion ne sert que le changement d'idée ou d'opinion, l'acte permet de faire évoluer les conduites (Girandola et Joule, 2006 ; Joule et Bernard, 2008). La place de l'habitude et des comportements passés constitue le maillon central de la détermination des actions futures (Hagger et al., 2002 ; Ouellette et Wood, 1998 ; Pornpitakpan, 2004 ; Sutton, 1987 ; Webb et Sheeran, 2007). Les usagers qui roulent depuis longtemps résistent ainsi à une plus forte menace que des conducteurs novices ou peu expérimentés. Il en va de même pour des fumeurs coutumiers (Leventhal et Watts, 1966 ; Priolo et Milhabet, 2008). Un public sans première expérience du dépistage est significativement moins enclin à y adhérer qu'une personne avec antécédent de la pratique (Ludman et al., 1999a ; Solomon et al., 1998 ; Stokamer et al., 2004). L'auto-examen régulier des seins s'avère ainsi neuf fois plus prédictif de la fidélisation de la femme à la mammographie que l'absence de suivi des recommandations (Ryu et al., 2008).

McInerney-Leo et collaborateurs (2006) illustrent ainsi dans une étude le poids des routines et des renforcements passés. Des femmes étaient ainsi suivies, suspectées d'être affectées par une mutation familiale du gêne BRCA1/2 prédisposant au cancer du sein. Ces femmes suivaient régulièrement des mammographies de sécurité avant l'âge recommandé sans pour autant s'être encore assurées de leur prédisposition au moyen d'un test oncogénétique. Une fois ce résultat prononcé, les auteurs constatent une baisse du sentiment de vulnérabilité chez les patientes ayant reçu un test négatif, mais étonnement aucun effet sur la conduite. Les femmes rassurées de ne pas être issues d'une famille génétique de cancer persistant en effet par habitude à passer des mammographies pourtant rendues superflues.

En résumé

A travers la littérature, l'intention revêt une pluralité d'interprétations (Gollwitzer, 1993). Elle est d'abord appréhendée dans les modèles de l'expectative comme une orientation découlant de la seule volonté de l'individu, de ses attentes sur les renforcements (Fishbein et

Ajzen, 1975). La variable préfigure alors directement le passage aux actes, considérée longtemps comme en étant le meilleur prédicteur avant que les auteurs ne se penchent sur l'expression des modérateurs (Motl et al., 2002 ; Ween et Sheeran, 2006) comme les perceptions de contrôle comportemental et personnel (Ajzen et Madden, 1986 ; Bandura, 1977 ; 2004 ; Rosenstock et al., 1988). L'intention est dès lors articulée dans une conjoncture globale d'apprentissage social décrite par les modèles d'obédience sociocognitive.

Mais les attentes et le dessein de la personne fluctuent également selon les caractéristiques propres à la stimulation que définissent les approches rhétoriques de l'information et de la communication (Joule et Halimi-Falkowicz, 2007). L'émergence de la décision du sujet est ainsi influencée par les spécificités du message, de la source et du canal (Lasswell, 1948 ; McGuire, 1999) mais également par la présence ou l'absence d'un contexte de choix (Pascual et al., 2006) ou de peur (Girandola, 2000). L'intention ne se conçoit donc plus comme un acte de seule volonté, mais comme la résultante d'un besoin, d'une motivation suscitée par un inconfort interne (Bagozzi et al., 1998 ; Janis, 1967).

La conception est exploitée par les théoriciens de l'autorégulation des émotions (Bandura, 1991 ; Hall et Fong, 2007 ; Leventhal, Nerenz et Steele, 1984). La motivation y est assimilée à une tension éphémère, transitoire. Laquelle impose un apaisement immédiat. L'inconfort résulte quant à lui d'une anticipation de bénéfices prisés par l'organisme, ou bien de préjudices que l'instinct conduit à éviter. La place de l'intention est alors intimement raccordée à des principes de stabilité (Gollwitzer, 1993 ; Hall et Fong, 2007).

A notre sens, la motivation semble être le fil directeur le plus pertinent des modèles explicatifs de l'adhérence. La lecture transverse que nous souhaitons soumettre se doit donc d'en intégrer l'expression, se voulant conforme aux préceptes de l'autorégulation.

Proposition d'une lecture articulatoire

Le champ de la motivation est vaste. Il regroupe ainsi selon Carré et Fenouillet (2009) plus d'une centaine de modélisations. Ces théories s'entrecroisent néanmoins, rendant possibles des ponts, des relations entre la pluralité de conceptions. Les auteurs proposent en ce sens dans leur ouvrage une méta-compréhension de la motivation. Le modèle *Economique de Préservation de l'Homéostasie* (EPH) que nous soumettons s'inspire de cette méta-compréhension. Il propose une lecture transverse des principaux modèles explicatifs de la conduite, plus particulièrement des apports de la théorie de l'autorégulation (Bagozzi et al., 1998 ; Bandura, 1991 ; Hall et Fong, 2007 ; 2010 ; Leventhal et al., 1984), du système biaisé défensif (Chaiken et al., 1996 ; Das et al., 2003 ; De Hoog et al., 2007) et de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2000 ; Laguardia et Ryan, 2000 ; Ryan et Connell, 1989).

I. Besoins et architecture du système

1. Tenants et aboutissants de la motivation

La motivation concerne un versant à la fois énergétique (*niveau d'activité*), cognitif (*orientation vers un but*) et attenant à l'autorégulation (*ajustements raisonnés*) (Carré et Fenouillet, 2009). Elle représente selon Vallerand (1993) « *le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement.* » (Carré et Fenouillet, 2009, p. 149).

1.1. La motivation comme énergie

La motivation est un stress (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Lazarus et Folkman, 1984 ; 1999 ; Selye, 1956). Elle stimule l'activité cognitive (*hypervigilance, efforts*) et physique (*tachycardie, dopage et optimisation des ressources*) de l'organisme. Joule (1987a), Vaidis et Halimi-Falkowicz (2007) en observent ainsi les marqueurs dans le cadre de leurs travaux sur l'état de dissonance, de même que nous évoquions cette énergie à l'occasion de nos recherches sur les appels à la peur (Chu, 1966 ; Rosenstock, 1966 ; Janis, 1967 ; Janis et Feshbach, 1953 ; Janis et Terwilliger, 1962).

La motivation et les capacités stimulent comme nous en faisions mention la probabilité d'élaboration du sujet (Cacioppo et Petty, 1984 ; Petty et Cacioppo, 1986). C'est-à-dire la

qualité de son traitement de la communication. Un individu motivé accède à plus de ressources, dispose donc davantage d'énergie, pouvant de sorte s'atteler à un décryptage plus approfondi (*central, systématique*) de l'information (*contenu, qualité des arguments*). Sans quoi, l'individu amotivé n'est plus en mesure de traiter que de façon superficielle (*voie périphérique*) et recoure alors à des scripts préétablis moins gourmands en ressources (*théories implicites, heuristiques*) (Chaiken, 1980 ; 1987). Pour Guimelli (1994), l'accès à un raisonnement rationnel ou profane relève de cette même dépendance d'énergie.

La motivation est une ressource en soi (Alvaro et al., 2010). L'implication libère le potentiel de l'individu, le rend prompt à plus d'efforts dans la mise en œuvre des objectifs qu'il a la volonté d'atteindre (Gollwitzer, 1993 ; Grandjean et Guéguen, 2011 ; Prochaska et DiClemente, 1982). L'intensité demeure en ce sens variable, dépendante du but à contenter.

1.2. L'orientation vers un but

La motivation est un *drive* (Janis, 1967). Elle *conduit* littéralement l'individu (du latin *movere : mouvoir, mouvement, motif*), le stresse à rechercher certains états valorisés (*Eustress*) et à en éviter d'autres qui constitueraient une menace (*Distress*) (Lazarus, 1974).

1.2.1. Le concept de cognition motivée

Dans la lecture intégrative que nous souhaitons soumettre, la motivation est en ce sens un signal. Elle alerte le système, l'exhorte à mettre en œuvre des processus qu'il affecte à la poursuite de buts. Dans la tradition de Clark Hull (1943), la motivation est ainsi raccrochée à un besoin de régulation. Elle identifie un déficit organique (*manque d'eau, de nourriture*) qu'elle signale par le biais d'une tension perceptible (*soif, faim, sommeil, douleur*) ou bien anticipe le besoin à satisfaire (Bagozzi, Baumgartner et Pieters, 1998). Pour Murray (1938), de tels besoins ne sont pas nécessairement organiques et innés. Ils peuvent être psychologiques et appris.

Les théoriciens de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985 ; 2000 ; Ryan et Deci, 2000) identifient à cet effet trois besoins fondamentaux de compétence (*réussite, goût du challenge*), d'autonomie (*indépendance, liberté d'action et de décision*) et d'appartenance (*relation à autrui, attachement à un groupe*), lesquels nourrissent son autodétermination, sa vitalité et sa satisfaction. L'individu est en ce sens proactif. Il aspire à s'accomplir (Lewin, 1959), se transcender et atteindre le *flux* (Csikszentmihalyi, 2004), c'est-à-dire le bien-être (Laguardia et

Ryan, 2000). La psychologie eudémoniste dépeint ainsi la motivation des personnes à agir en phase avec leur propre nature, leur *dæmon*. Seuls les trois besoins universels (Ryan et Connell, 1989) une fois accomplis aident l'individu à bâtir cet unique sens de soi (Deci et Ryan, 2000). Les besoins factices (*besoin d'argent, de consommation, de pl*aisir) ne permettant qu'une compensation substitutive à court terme (Laguardia et Ryan, 2000).

La motivation est alors aussi sociale (Carré et Fenouillet, 2009), dévolue au respect des normes, lesquelles conditionnent l'intégration sociale (Sieverding et al., 2010) et de fait l'accomplissement du besoin d'appartenance. L'individu agit ainsi en vu de se conformer à son concept de soi (Markus et Wurf, 1987 ; McArthur, Kiesler et Cook, 1969) pour satisfaire à une norme de consistance interne (Jouffre, Py et Somat, 2001). Il est également mu de manière non exhaustive par des normes d'internalité (Beauvois, 1984 ; Beauvois et Dubois, 1988), de responsabilité (Berkowitz et Daniels, 1963 ; Harris, 1972 ; Joule, 1987b) ou encore de réciprocité (Gouldner, 1960 ; Mauss, 1923-1924).

Ces normes sont assorties du revers de la sanction, du blâme en cas d'entorse. L'image du déviant est menacée (DeJong, 1979). Ce dernier devient ainsi motivé à la réparer (Steele, 1988). La motivation apparaît défensive (Carré et Fenouillet, 2009), orientée vers le maintien, la protection et la restauration. La motivation n'est donc plus proactive mais réactive. Pour Hobföll (1989), l'organisme est susceptible de générer un stress dès lors qu'il envisage la perte ou la dégradation d'une de ses ressources centrales. Ces ressources concernent à la fois des objets (*propriétés, biens*), des conditions (*santé, statut professionnel, position sociale*), des standards personnels (*compétences, traits*), mais aussi des soutiens sociaux, des facteurs relatifs à l'énergie (*temps, argent, connaissance*) ou des valeurs identitaires (*autonomie, liberté*). Huver, Engels et De Vries (2006) montrent ainsi que des conseils anti-tabac non sollicités suscitent de la réactance chez les fumeurs qui sentent leur besoin fondamental d'autonomie menacé. Les auteurs notent à cet effet que deux arguments surviennent à induire une motivation supérieure à la motivation adverse ; les *risques relatifs au souffle* et à *la dépendance*, soient deux dangers menaçant les valeurs centrales hypermodernes de performance (*besoin de compétence*) et de liberté (*besoin d'autonomie*).

1.2.2. Des buts directionnels autorégulés

La motivation est bidirectionnelle. Elle pousse l'individu à défendre ses ressources menacées ou à en acquérir de nouvelles pour asseoir sa position (*contrôle, faire-face*) et

optimiser ses capacités de résilience face au risque (*compensation du déficit par une autre ressource*) (Alvaro et al., 2010). Moins une personne dispose de ressources, moins elle est en mesure de s'adapter, devenant de fait plus sensible à la perte.

L'intensité des besoins est donc plus ou moins saillante et évolue en fonction du contexte. Maslow (1943) évoque en ce sens une hiérarchie pyramidale des besoins. Les besoins de survie à la base (*protection contre la nature, homéostasie, reproduction*) devant être contentés pour soutenir des besoins supérieurs plus secondaires comme les besoins de sécurité (*stabilité, conservation des acquis*), d'appartenance (*statut social, affiliation à un groupe*), d'estime (*reconnaissance, autonomie, indépendance*) et de réalisation de soi (*développement personnel, méditation*). L'atteinte de cette transcendance incombant à une part plus réduite de la population.

L'individu sélectionne alors les régulations qu'il juge prioritaires. Il procède à des ajustements raisonnés. Car la motivation est aussi délibérée (Carré et Fenouillet, 2009). L'individu est ainsi rendu capable d'inhiber plus ou moins certains buts via des processus ou *capacités* d'autorégulation, aptitude dont nous évoquions l'intérêt à court-circuiter la prépondérance des habitudes (Hall et Fong, 2007), à fortiori néfastes.

1.3. Autodétermination et persistance de la motivation

La motivation est un stress. Elle dope le système, le poussant parfois jusque dans ses retranchements. Le stress perdure ainsi tant qu'il n'est pas efficacement régulé (Lassarre, 2002) ou tant que les ressources de l'organisme ne sont pas toutes épuisées (Selye, 1936).

1.3.1. Auto-attribution et process d'internalisation

Mais la persistance de la motivation est surtout tributaire de la façon dont l'individu se la représente, se l'approprie. Ce dernier tente alors de faire émerger ses états internes (*affects, motivations, attitudes*) à l'aune de ses actes soit en déduisant une attitude A (*« je dois aimer fumer »*) du comportement C (*« je fume »*) qu'il vient d'émettre (*auto-attribution*) (Bem, 1967 ; 1972), soit en l'inférant de la manière dont autrui l'étiquette (*hétéro-attribution*) (Fointiat, Caillaud et Martinie, 2004 ; Goldman, Seever et Seever, 1982).

Ryan et Deci (2000) décrivent ce processus d'internalisation de la conduite le long d'un continuum d'autodétermination (*cf. table 2*), lequel conçoit l'acte comme non-autodéterminé

(*amotivation*), autodéterminé par les conditions (*motivation extrinsèque*) ou via un intérêt spontané (*motivation intrinsèque*).

Table 2. Continuum d'autodétermination de la conduite d'après Ryan et Deci (2000) et Deci et Ryan (2000)

Comportement.	Non-autodéterminé.					Autodéterminé.
Motivation.	Amotivation.	Motivation extrinsèque.				Motivation intrinsèque.
		Motivation contrôlée.		Motivation autonome.		
Mode de régulation.	**Non régulation.**	**Régulation externe.**	**Régulation introjectée.**	**Régulation identifiée.**	**Régulation intégrée.**	**Régulation intrinsèque.**
Locus de causalité perçu.	Impersonnel.	Externe.	Quelque peu externe.	Quelque peu interne.	Interne.	Interne.
Processus de régulation apparenté.	Non intentionnel, Non valorisé, Incompétence, Défaut de contrôle.	Engagement, Récompenses et punitions externes.	Autocontrôle, Implication de l'ego, Récompenses et punitions internes.	Importance personnelle, Valorisation consciente.	Congruence, Conscience, Synthèse avec le Soi.	Intérêt, Plaisir, Satisfaction inhérente.

Les besoins réalisés de compétence (*capacités de mises en œuvre, contrôle perçu*) et d'appartenance (*conformité aux valeurs du groupe de référence*) font prendre conscience d'une motivation, dite alors *contrôlée*. C'est-à-dire adaptée à l'environnement. Une telle motivation sous-tend une régulation externe opératoire (*réponse à une punition, une rétribution*) ou à un plus haut niveau, une régulation *introjectée* de la pression externe, laquelle confronte un état interne (*estime de soi*) générant lui-même une tension motivante (*culpabilité*) identifiée comme le motif du comportement.

Le besoin d'autonomie à son tour satisfait (*contexte d'engagement, responsabilisation*), la personne attribue son acte à une motivation *autonome* qui recoupe les indices de motivation extrinsèque les mieux internalisés (*identification, intégration*) ainsi que la motivation *intrinsèque* (Vallerand, 1997). La régulation est identifiée quand l'individu reconnaît l'intérêt d'une conduite (*activité sportive, dépistage*), non pas en soi car elle représente une contrainte, mais pour satisfaire un objectif secondaire (*entretenir une bonne santé*). Elle est intégrée dès lors qu'elle devient pleinement assimilée au concept de soi (*congruence avec les besoins, les valeurs, l'identité de la personne*). La motivation intégrée partage de nombreuses qualités

avec la motivation intrinsèque, n'étant statuée comme telle du fait qu'elle n'existe que pour servir un intérêt autre que la recherche de plaisir (Deci et Ryan, 2000).

Plus la motivation est identifiée comme autonome, plus l'individu prend conscience d'agir en accord avec lui-même, c'est-à-dire en phase avec sa cognition, de sorte à maintenir son bien-être. La motivation paraît adaptative. Elle conduit à une reproduction (*généralisation*) de la conduite même en l'absence de stimulations externes.

1.3.2. Le cas de la mésattribution

L'individu n'a pas directement accès à ses états internes (Bem, 1967 ; 1972). Il ne fait que préjuger d'eux, réévaluant après-coup les causes externes et internes ayant pu s'exprimer par le comportement (Schachter et Singer, 1962) et risquant ce faisant d'échouer à interpréter correctement le sens de ce signal.

Le paradigme de mésattribution étudie ainsi l'impact d'une fausse imputation de la tension interne (Bem, 1972 ; Fointiat et al., 2011 ; Joule, 1987a), notamment du fait de l'usage d'un placebo (Storms et Nisbett, 1970 ; Zanna et Cooper, 1974). Des sujets sont amenés à prendre une pilule sensée leur procurer un état d'excitation ou un état de relaxation. En condition d'excitation, les sujets ne considèrent pas la tension de leur fait (*tendance anxieuse, dissonance*) mais due à la prise du placebo, les aidant ce faisant à réduire significativement et physiologiquement leur inconfort. Leur malaise se trouve en revanche d'autant plus prononcé qu'ils pensent avoir pourtant pris un tranquillisant.

Il est à noter que la mésattribution revêt bien ici une propension organique, comme lorsqu'elle s'exprime dans la diminution de la sensation de faim (Brehm, Back et Bogdonoff, 1964), le ralentissement du rythme cardiaque (Croyle et Cooper, 1983 ; McMillen et Geiselman, 1974) ou l'apaisement des marqueurs physiologiques de la douleur (Zimbardo, Cohen, Weisenberg, Dworkin et Firestone, 1969). La tension, qu'elle soit interne ou externe, n'a dès lors de sens que comprise à travers un processus d'identification et d'attribution causale de ses effets.

2. Les principes de fonctionnement du système

La motivation est orientée vers un but. Dans notre lecture, nous vouons ce but à une orientation évolutive et adaptative du système, comme avancé par le champ de la préservation

des acquis (Alvaro et al., 2010 ; Hobföll, 1989) et de l'homéostasie (Bernard, 1878 ; 1879 ; Cannon, 1939). Le modèle articulatoire EPH conçoit ainsi l'architecture du système régie par trois principes de base ; le principe d'équilibre, le principe d'économie et le principe d'imminence.

La stabilité est rassurante pour l'organisme. Elle permet la maîtrise de l'environnement, l'adaptation et le contrôle qu'il recherche (Pittman, 1993). Le principe d'équilibre dépeint la motivation à préserver cette relative ascendance sur le milieu. L'*équilibre* n'implique pas un niveau égal de satisfaction entre les divers besoins de l'organisme mais la préservation minimale des apports nécessaires à un fonctionnement basal du système. De telles ressources peuvent être d'ordre physiologique (*satiété, éveil*), émotionnel (*sécurité, bien-être*), cognitif (*consistance interne, autonomie*) ou social (*intégration, soutien*).

La stabilité permet au système d'économiser les ressources requises à son maintien, à son développement. Elle ne sollicite qu'une consommation modérée de l'énergie disponible. Le système n'en alloue qu'une part infime à l'exécution des processus automatiques garants de son fonctionnement (*respiration, motricité*). Il maintient un état de veille autour de ses constantes vitales, reste en alerte, assujetti à défendre l'intégrité de son potentiel. L'équilibre est enfin propice au renflouement des réserves drainées par l'organisme. Il lui permet de convoiter de nouvelles ressources, ce pour prospérer, conforter son assise ou se transcender, le préparant au cas où il devra mobiliser une quantité non négligeable d'énergie pour sa survie. Le principe d'économie renvoie à cette aspiration de l'organisme à privilégier les stratégies les mois coûteuses et les plus rentables.

Le principe d'imminence renvoie enfin à la priorisation de l'organisme à traiter au cas par cas les déficits qui altèrent son fonctionnement. La centration sur le présent n'est pas que relative à l'économie. Elle est également adaptative, assurant au système un retour rapide sur l'investissement qu'il concède, ce d'autant plus que ses ressources ne sont pas inépuisables et qu'il entamerait sans quoi de dépérir.

II. De la motivation à l'adhérence

La figure 9 ci-après décrit le processus complexe par lequel l'individu survient à éprouver un inconfort positif ou négatif, devient motivé à l'exercice d'une régulation puis détermine la stratégie la plus efficiente à cette œuvre. L'articulation comporte une visée appliquée. Elle

cherche à définir des pistes d'interventions potentielles afin d'optimiser l'impact de la communication sur l'adoption effective des recommandations de santé.

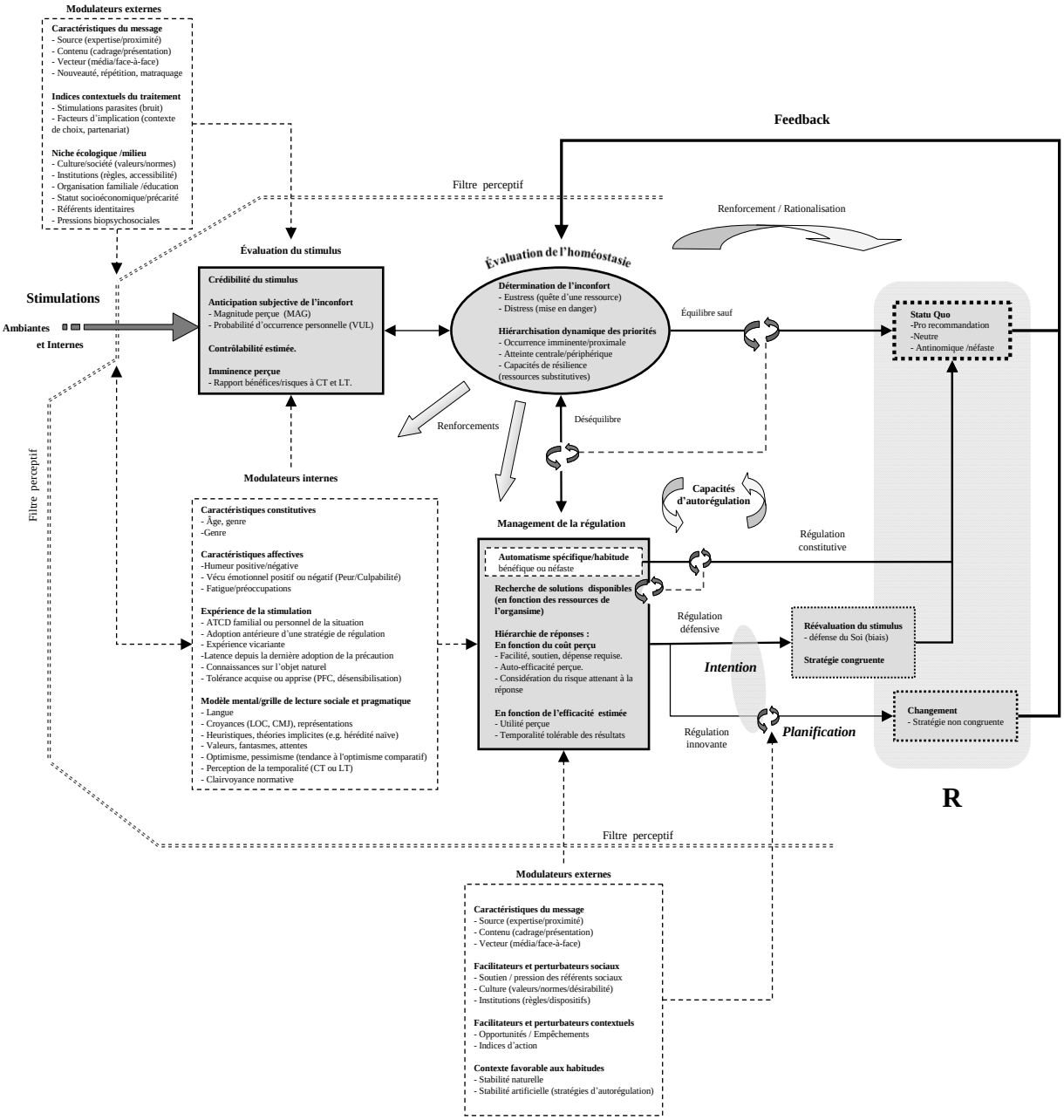


Figure 9. Analyse détaillée d'un modèle économique de préservation de l'homéostasie

1. La détermination du besoin de régulation

1.1. Traitement et analyse des stimulations

L'individu n'est pas une entité imperméable. Il capte en permanence des stimulations des milieux ambiant et organique. Avant d'être traitées, ces informations sont appréhendées puis déformées à travers un filtre perceptif (*cf. figure 9*) qui s'impose à la personne telle une

membrane façonnée par les renforcements de l'expérience (*contact antérieur avec la stimulation, éducation, régulation précoce*) et de l'acculturation (*croyances, artefacts*). Les indices contextuels du traitement, comme les facteurs d'implication (*contexte de choix*) ou la présence de stimulations parasites (*bruits, distractions, messages contradictoires*), configurent de sorte la probabilité d'élaboration du message par le sujet. S'en suit alors une première phase de décryptage de l'information ou *évaluation du stimulus*. L'individu estime le degré de crédibilité à accorder à la stimulation qui varie selon les caractéristiques du message (*expertise de la source, qualité de l'argumentation*), le traitement employé par le sujet (*heuristique, systématique*) ou bien encore les effets d'attentes issus de précédentes régulations de l'individu (*réactance, traitement biaisé défensif*).

L'individu anticipe l'occurrence d'un inconfort positif (*Eustress*) ou négatif (*Distress*) à l'aune des conséquences qu'il perçoit de la stimulation. Pour ce faire, il quantifie la magnitude estimée de la tension (*sévérité perçue*) et évalue dans quelle proportion les effets bénéfiques ou délétères du stimulus sont en mesure d'affecter l'une de ses ressources (*vulnérabilité perçue*) à plus ou moins brève échéance (*imminence perçue*). Le seuil de magnitude fluctue selon la tolérance du sujet à la stimulation. Des cas de *désensibilisation* sont ainsi rapportés chez des individus régulièrement exposés à la tension et rendus plus tolérant par accoutumance à la dissonance (Martinie et Fointiat, 2010), à l'ambiguïté (Han et al., 2006) ou à la peur (Leventhal et Watts, 1966 ; Witte, 1992). Pour finir, l'individu évalue si un contrôle est possible (*contrôle perçu*), c'est-à-dire si un moyen existe dans l'absolu pour obtenir les bénéfices ou éviter les préjudices relatifs à l'input.

1.2. Imputation et hiérarchisation de l'inconfort

Les processus de veille de l'organisme déterminent alors si la stimulation configure un caractère d'inconfort, d'enjeu (Lassarre, 2002), et si oui, de quelle nature (*Distress, Eustress*) (Selye, 1974). C'est l'évaluation de l'homéostasie. Un inconfort n'est suscité que si l'individu porte crédit à la stimulation (*source experte légitime, digne de confiance*), qu'il s'estime concerné par les conséquences de cette stimulation (*susceptibilité*) et qu'il sait un moyen concret d'interagir sur ces effets (*contrôle perçu*). A contrario, l'équilibre n'est nullement remis en cause ni ne motive un quelconque changement.

1.2.1. Identification causale du malaise

L'équilibre peut être mis à mal ou menacé. Un signal incommodant est dès lors stimulé de sorte à en informer le système qui sort de son état de veille et cherche à identifier l'origine de la tension. L'organisme ne peut se résoudre à un traitement actif de l'ensemble des stimulations (principe d'économie). Aussi allège-t-il le traitement, le rendant d'autant plus imperceptible que la plupart des inputs lui sont coutumiers (*température*, *textures*) ou ne requièrent pas la mise en demeure de ressources conséquentes. Ce n'est souvent qu'après-coup, au ressenti de l'émotion, que l'individu tente de déterminer la cause de la tension qu'il éprouve (Schachter et Singer, 1962). Il réévalue pour ce faire les indices internes (inhérents à lui) et externes (inhérents au milieu) qui ont motivé selon lui l'alerte physiologique. En présence de justifications externes, certains inconforts peuvent être ainsi mal identifiés, entraînant des réductions précoces comme celles décrites à travers le paradigme de mésattribution de la dissonance (Storms et Nisbett, 1970 ; Zanna et Cooper, 1974).

1.2.2. Hiérarchisation de l'inconfort

Les tensions étiquetées (*e.g. peur du cancer*), chaque inconfort est quantifié puis hiérarchisé selon l'urgence de régulation qu'il requiert. Une magnitude élevée et une contingence proximale configurent un inconfort important, prioritaire à résoudre à fortiori lorsqu'il concerne une ressource centrale de l'organisme. La présence de ressources substitutives à une fonction menacée (*capacités de résilience*) temporise momentanément l'inconfort de sorte à le rendre moins prioritaire (Alvaro et al., 2010). L'aptitude à résilier dépend de la quantité des ressources vives non affectées de la personne. Elle conditionne son utilisation optimum ou dépensière desdites ressources. Les capacités d'autorégulation permettent également de chambouler l'ordre des priorités ou bien de traduire une situation d'équilibre en état de tension motivationnel.

Le cancer sous-tend des contingences distales. La peur qu'il induit figure de fait peu souvent un inconfort prioritaire, l'organisme étant mué par un principe d'imminence et affectant ses ressources en premier lieu à des besoins plus urgents (*se nourrir, se loger*) qui reviennent inlassablement. Les capacités d'autorégulation permettent alors de casser ce cercle, rendant momentanément prioritaire le traitement de la question du cancer.

2. L'entreprise de la régulation

Les aptitudes à la résilience et à l'autorégulation réordonnent le sens des priorités. La hiérarchisation des inconforts revêt ainsi un caractère dynamique. Elle est notamment chamboulée par une balance en va-et-vient d'informations que le système reçoit des différentes évaluations précédemment décrites et du *management de la régulation* (*cf. figure 9*). Ce dernier processus est en charge de la recherche des solutions disponibles pour gérer l'inconfort le plus prioritaire, puis le second et ainsi de suite jusqu'à épuisement total des ressources non allouées aux fonctions vitales du système (ressources vives).

2.1. Ambivalence et non régulation

Chaque réponse est hiérarchisée en fonction du coût d'exécution qu'elle représente (*investissement requis, auto-efficacité perçue*) et mis en balance avec sa promesse d'efficacité (utilité, rentabilité). Le système est fidèle à son principe d'économie. Il privilégie les réponses rapides (*contingence proximale des résultats*), efficaces (*aptitudes à résoudre l'inconfort*), opérationnelles (*accessibilité*) et peu coûteuses en énergie (*praticité, capacités de mise en œuvre*).

Aussi, lorsqu'une solution admet un risque dans son exécution (*risques relatifs à la coloscopie*), cette réponse préfigure un inconfort (*motivation adverse*) qui laisse penser les ressources de l'organisme insuffisantes pour pallier la tension. L'individu demeure hésitant, pèse le pour et le contre. Il évalue alternativement les bénéfices et les limites du changement (*se faire dépister*) ainsi que du statu quo (*ne pas se faire dépister*) sans toutefois arrêter de décision ni entreprendre l'activation d'une régulation. Les auteurs sur l'entretien motivationnel évoquent la notion d'ambivalence (Bailly et Ilharragorry-Devaux, 2011), symbolisée ici par les doubles flèches statuées entre les trois processus évaluatifs. Une requête trop ambitieuse à accomplir en termes de régulation peut ainsi être reconsidérée comme moins prioritaire sans pour autant être minorée. L'ambivalence dure tant que l'individu ne statue pas un rang à la stimulation dans la pyramide des tensions ou tant qu'il résiste à la tension que son indécision lui insuffle (Ascher, 2006).

2.2. Les stratégies de régulation

Une fois la hiérarchie d'inconforts scellée, l'individu peut définir la réponse qu'il estime la plus adaptative dans sa situation. Il s'agit là cependant d'un processus principalement

inconscient, bien que certains indices du management de la régulation émergent parfois à la conscience du fait de l'effort requis à la prise de décision.

2.2.1. Automatismes et tendances de régulation

L'organisme dispose d'un nombre limité de ressources. Aussi privilégie-t-il dans la mesure du possible l'expression des automatismes tels que l'habitude ou les routines, à fortiori lorsque la situation lui est connue et qu'il s'est déjà confronté au type d'inconfort en question (*contexte stable, poids des actes passés*). Le système favorise une régulation dite constitutive, régulation dont il connaît déjà l'efficacité et le moyen d'en optimiser la mise en œuvre. Le coût d'exécution de la stratégie s'en trouve d'autant plus réduit qu'elle est régie par des mécanismes procéduraux. La régulation constitutive aboutit à l'adoption d'une stratégie congruente avec la tendance cognitive et comportementale du système ; le *statu quo*. Ce dernier peut revêtir un caractère conforme, indéfini ou antinomique avec la recommandation de santé. Dans cette configuration, seules les capacités d'autorégulation permettent de reporter l'automatisme, permettant en cela d'évaluer d'autres alternatives de régulation.

2.2.2. La recherche de solutions

Les réponses procédurales refreinées, l'organisme peut assigner des réponses plus ou moins coûteuses à chaque tension. Cela en fonction des priorités de régulation et de l'énergie résiduelle qu'il peut prêter à l'activation des différentes stratégies.

Le statu quo définit l'équilibre. Les procédés de régulation qui œuvrent en son sens demandent donc peu de ressources. C'est le cas notamment de la régulation constitutive, mais également de la *régulation défensive*. La stratégie cible une tension et vise ensuite à l'apaiser par des mécanismes d'évitement et de distorsion congruents avec la cognition initiale de l'individu. Le changement est quant à lui plus marquant. Il exige une prise de parti, l'implication d'un individu acteur intimé de se confronter à l'inconnu, au manque de repères et de contrôle (Alvaro et al., 2010 ; Coch et French, 1948 ; Dent et Goldberg, 1999 ; Hobföll, 1989 ; Meszaros et al., 1996). Changer sous-tend le déséquilibre, une entorse au principe même d'homéostasie. Le changement requiert de fait une grande consommation d'énergie que le système consent rarement à prêter. Même initiée, une telle régulation dite *innovante* n'assure pas nécessairement réussite et maintien. Les difficultés, les imprévus peuvent avoir raison des dernières ressources de la personne avant l'achèvement de son but.

L'implémentation et le soutien social peuvent alors être considérés par le professionnel de santé pour en optimiser la dépense, instiguant un second souffle aux efforts de l'individu.

Une tension trop vive peut directement excéder les ressources du système, contraignant le sujet à l'adoption d'une régulation d'emblée défensive. Un individu paniqué par le cancer devient motivé à gérer son inconfort par des mécanismes de contrôle de la peur (Boer et Seydel, 1995 ; Janis et Feshback, 1953), lesquels minimisent sa vulnérabilité au risque, lui font privilégier le recours à des stratégies d'évitement (*ne plus évoquer le cancer*) ou encore quérir des indices afin de décrédibiliser le message. Le cas se produit aussi lorsque la régulation des tensions prioritaires a consommé l'essentiel des ressources, ne permettant plus au sujet d'investir un capital suffisant d'énergie pour changer. Le coût d'une réponse dépend de caractéristiques externes (*indices d'actions*) ou internes (*aptitudes, statut socioéconomique*). Le signal de tension « *faim* » demande ainsi une réponse peu coûteuse pour un individu (*manger*) comme il peut exiger une réponse coûteuse pour un second (*faire les courses*), voire exorbitante pour un troisième (*trouver un travail*).

3. Analyse et répercussions du feedback

Le modèle intégrateur s'inscrit dans la lignée des théories de la régulation (Bagozzi et al., 1998 ; Bandura, 1991 ; Hall et Fong, 2007 ; 2010 ; Leventhal et al., 1984). Il conçoit ainsi le rôle capital du *feedback*, autrement dit du retour d'information sur l'exécution de la stratégie mise en œuvre. Comme tout indice, le feedback est interprété par la membrane perceptive qui en filtre les données (*effets d'attente*) et en module l'importance. L'organisme incombe à vérifier si l'inconfort persiste suite à la régulation. Il met alors à jour la liste des tensions.

Le retour d'expérience (*succès, échecs, difficultés rencontrées*) renseigne et renforce les données utiles au management des régulations. L'individu apprend de ces renforcements quelles stratégies fonctionnent, ne fonctionnent pas, ou bien dysfonctionnent dans une situation donnée. Il repère lesquelles se révèlent parmi les plus coût-efficaces. L'individu en tire des enseignements sur la pratique et renforce par cet appui certaines caractéristiques internes (*confiance en soi, connaissance, croyances*) qui viendront moduler l'ensemble de ses évaluations futures (*filtre perceptif*).

3.1. Autodétermination et inférence de la motivation

Le feedback est essentiel. Il permet à l'individu d'en connaître davantage sur lui-même en arguant de ses comportements la motivation qui le meut, certaines facettes du concept de soi (Bem, 1972). Deci et Ryan (2000) rappellent que la qualité de cette inférence est fonction du processus d'internalisation. Lequel dépend des conditions de lecture du feedback.

La situation doit permettre à l'individu de s'identifier à sa régulation en assouvissant ses besoins de compétence (*valorisation du sentiment d'efficacité et d'auto-efficacité, assurance d'un contrôle*), d'appartenance (*saillance des normes, soutien, présence d'un public, de proches*) et d'autonomie (*contexte d'engagement, responsabilisation*). L'individu admet différents degrés d'autodétermination indépendamment de la cause interne ou externe manifeste qui l'a réellement motivé (*pression, inconfort*). Certaines attributions deviennent de fait susceptibles de conduire certaines répercussions, certaines tensions en retour.

3.2. Objets ambivalents et tension-rebond

Le feedback peut ainsi dans certains cas figurer lui-même un inconfort. Nous en voulons pour preuve l'expression de la dissonance cognitive, quand une régulation autodéterminée par l'individu (motivation autonome) se pose en inconsistance avec le statu quo de ce dernier. A une tension T_1 « *peur du cancer* », un sujet peut ainsi considérer que la maladie ne le concerne pas, faisant le choix ne pas agir (statu quo). Il adoptera donc préférentiellement des stratégies congruentes moins coûteuses comme les réponses R_1 « *relativiser car je suis jeune*» ou R_2 « *prouver que les préventeurs se trompent et que j'ai raison*». La régulation innovante suppose au contraire l'adoption d'une stratégie en rupture avec le statu quo. En adoptant une réponse R_3 « *je me fais dépister du cancer*», l'individu réduit la tension T_1 mais devient inconsistant avec son statut quo. Le feedback élimine alors temporairement l'inconfort tout en suscitant une tension consécutive de dissonance T_2 ou *tension-rebond* « *le cancer ne me concerne pas, pourtant j'ai choisi de me faire dépister*».

La dissonance n'est pas le seul risque de *tension-rebond* qui résulte de l'adoption d'une régulation. L'assouvissement d'un besoin peut porter atteinte à l'intégrité d'un autre (Laguardia et Ryan, 2000), laissant l'organisme dans un état d'inconfort bien souvent pérenne. L'individu prend parfois conscience de ce clivage de motivations adverses, de cette ambivalence. Les personnes en sevrage tabagique conçoivent le fait de fumer comme la

satisfaction d'un besoin (*plaisir, apaisement*) et en même temps savent que la conduite les rendra mal à l'aise (*culpabilité, sentiment d'échec, manque de contrôle*). Elles hésitent donc longtemps entre remords et regrets avant de prendre une décision, cela d'autant plus que l'abstinence ne résout en rien leur inconfort initial ; le manque.

De telles personnes optent alors pour une gestion au coup par coup de l'inconfort (principe d'imminence), privilégiant la stratégie qui leur assurera une gestion adaptée des tensions princeps (*fumer*) et rebond (*puis se réaffirmer en se convainquant qu'il s'agissait de la dernière cigarette*). Dans notre exemple sur le cancer, lorsque un sujet prend pour habitude de réguler par l'innovation (R_3) ou n'arrive pas à résoudre l'inconfort-rebond (T_2) résultant du changement, il devient plus rentable pour lui de redéfinir le sens qu'il confère à l'équilibre. Ce par un mécanisme de rationalisation. Le statu quo SQ_1 *« le cancer ne me concerne pas »* disparaît alors au profit d'un statu quo SQ_2 de référence « *je suis concerné par le cancer* ». Des renforcements successifs aboutissent autant à cette nouvelle définition. A un énième signal de peur T_1, le système apportera une réponse (R_3) de dépistage, désormais assimilée à une stratégie congruente de régulation défensive. Le sujet ne ressentira alors plus d'inconfort.

En résumé

Le modèle articulateur décrit le processus complexe par lequel un individu adhère à un comportement et devient enclin à le généraliser. Ce processus s'inscrit à travers trois grands principes d'équilibre du système, d'économie des ressources et d'imminence. Il peut être résumé en cinq postulats de base :

↳ *Postulat 1* : *La communication doit être accessible pour être pertinente*. Elle doit être disponible, adaptée aux besoins du destinataire et à sa compréhension. Elle doit pouvoir saisir l'intérêt et l'attention du récepteur. Cela afin qu'il traite l'information quelle que soit sa probabilité d'élaboration.

↳ *Postulat 2* : *La communication doit pouvoir susciter ou réactiver un inconfort motivant l'adoption d'une stratégie de régulation chez le sujet*. Le message doit être impliquant. C'est-à-dire personnalisé, raisonnablement menaçant et adapté à la sensibilité de chacun. Un cadrage proximal des effets délétères du risque est recommandé.

↳ *Postulat 3 : La communication doit savoir appuyer et soutenir les vecteurs du changement.* Elle doit prodiguer une balance favorable des coûts et ressources. Cela en

réduisant le coût perçu de la pratique, valorisant la confiance du bénéficiaire dans ses capacités à mettre en œuvre la recommandation, tout en amenant une prise de conscience de la pertinence de l'action. Un cadrage proximal des bénéfices est à privilégier.

↳ *Postulat 4 : La communication doit veiller à ne pas induire d'inconfort délétère à une régulation innovante.* Elle doit valoriser l'autonomie du récepteur, l'impliquer dans la démarche de changement sans entraver sa liberté de décision. Le message doit à tout prix estomper toute forme d'ambiguïté et de manipulation manifeste. Il doit limiter ou encadrer les aspects de la recommandation susceptibles de causer une motivation adverse tels que les dangers attenants.

↳ *Postulat 5* : *La communication doit faire émerger les tensions incompatibles avec le statu quo.* Elle doit donner une cohérence aux motivations polysémiques de l'individu qui le scellent dans l'ambivalence. Cela en l'éclairant sur la nature des équilibres centraux qui régissent son bien-être, des transgressions qui portent préjudice à l'expression de sa motivation intrinsèque. Le message doit aider la personne à prendre du recul sur la situation afin qu'elle cible et court-circuite d'elle-même ses engagements néfastes.

Ces observations faites, nous devrions avoir assez de matière pour définir la modalité d'intervention qui siérait le plus à l'objectif principal de notre thèse. Cette modalité devant intégrer au mieux les postulats du modèle articulateur.

Problématique et objectifs de la thèse

I. Rappel des objectifs de la thèse

Notre mission au sein de l'association ADECA Alsace est de trouver un moyen d'améliorer avec efficience la participation au dépistage organisé dans le Haut-Rhin et dans le Bas-Rhin. Cet objectif peut-être défini en deux sous-objectifs principaux et un secondaire.

↳ *Le premier objectif principal est qualitatif. Il vise à optimiser le processus d'information et de décision*. C'est à dire à donner les outils à la personne pour faire avancer sa réflexion sur le dépistage organisé du cancer colorectal mais aussi rendre en accord le bénéficiaire avec sa prise de décision à faire ou ne pas faire le test. La raison en est que l'hypermodernité opère un glissement de l'intérêt commun vers l'intérêt individuel. L'individu exige de faire valoir son autonomie de décision (Van Dam et al., 2013). Dès lors, la qualité du processus décisionnel doit être considérée comme un critère d'efficacité à part entière de la campagne de dépistage organisé (Irwig et al., 2006).

↳ *Le deuxième objectif principal vise à augmenter la participation ajustée au dispositif*. Le programme repose toujours sur un dépistage de masse. Sa rentabilité, et donc sa pérennité, dépendent d'une participation suffisante de 50%. Il faut donc trouver un moyen d'augmenter l'adhérence au test mais aussi d'optimiser le retour des refus et des inéligibilités médicales. Cela dans l'optique d'économiser l'envoi dispendieux de courriers et de matériel inutiles mais aussi de promouvoir un dépistage de qualité en adressant *«* le bon dépistage à la bonne personne ».

↳ *Le troisième objectif, secondaire quant à lui, vise à améliorer notre compréhension des facteurs prédictifs de l'adhérence*. L'état de l'art de la littérature des modèles explicatifs a d'ores et déjà permis de répondre à une partie de la question. L'objectif est désormais de relever les facteurs qui sont spécifiquement reliés à la population alsacienne. Cela afin de mieux cibler les interventions futures d'ADECA Alsace.

II. Recours au modèle articulateur

Les postulats 1 à 3 du modèle articulateur traitent de la façon d'optimiser la motivation à l'adhérence. Ils permettent selon nous de répondre aux *objectifs 2 et 3* de la thèse.

Le respect des postulats 4 et 5 contribue tout autant à faire progresser la participation. Il permet en outre de satisfaire à la dimension qualitative de l'*objectif 1*. C'est-à-dire l'évolution et l'accord du sujet dans sa prise de position, cela en ajoutant une dimension d'appropriation de la motivation, d'éclairage de la décision et de prise en charge des facteurs entravant l'implication et l'autonomie du sujet.

III. Procédures empiriques envisagées

Deux options se présentent à nous. Toutes deux susceptibles de considérer les principes du modèle articulateur et donc de satisfaire aux objectifs de la thèse. Ces options s'inscrivent dans la marge de manœuvre d'ADECA Alsace, à savoir une intervention envisageable par téléphone, l'autre par courrier.

1. L'option d'un conseil ajusté par téléphone

La première option est celle d'un conseil téléphonique ajusté. La stratégie s'inspire des approches transthéoriques de la motivation (Prochaska et DiClemente, 1982 ; 1983 ; Weinstein, 1988), plus particulièrement de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2006 ; Rollnick et al., 2009). Prodiguer un conseil ainsi adapté à la position du sujet par rapport au changement optimise son adhérence à la recommandation (Hettema et al., 2005 ; Huver, Engels et De Vries, 2006 ; Lundhal et al., 2010 ; Ryu et al., 2008). La stratégie prévient la résistance (Miller et al., 1993). Elle améliore qui plus est la satisfaction des patients confrontés à la démarche (Baer et al., 2007 ; Channon et al., 2007). Le média téléphonique permet quant à lui l'opérationnalisation de la procédure (Costanza et al., 2005 ; 2009). Il renforce à lui seul l'adhérence au dépistage des cancers (King et al., 1994 ; Miller et al., 1997 ; Saywell et al., 1999 ; 2004).

Le programme de *Conseil Téléphonique sur le cancer colorectal* (*Cotelco*) souhaite aussi évaluer la pertinence d'une telle approche appliquée au dépistage organisé en Alsace. Il fera l'objet d'une première étude randomisée contrôlée. Nous reviendrons plus en détail sur la légitimité de la stratégie à cadrer aux principes du modèle articulateur. Autrement dit, à répondre par ces leviers aux objectifs de la thèse.

2. L'option de mise en œuvre d'un contexte d'autonomie et d'implication

La deuxième option est celle d'une intervention postale axée sur l'autonomie et l'implication de la personne dans sa prise de décision. La stratégie repose sur différentes procédures de sensibilisation.

Il peut s'agir d'informer le bénéficiaire de manière exhaustive sur les avantages, les limites et les écueils de la recommandation de santé. C'est la perspective dite du Choix informé (Gøtzsche et al., 2008 ; Jørgensen et al., 2008). La méta-analyse de Rimer et consorts (2004) démontre que l'approche augmente le niveau et la qualité des connaissances de l'individu. Elle l'implique dans une prise de décision éclairée, augmente sa prise de conscience du risque, améliore sa satisfaction et réduit significativement le conflit médecin/patient.

Il peut également s'agir de coupler la stratégie habituelle de persuasion (*éducation, sensibilisation*) avec un paradigme d'engagement (Kiesler, 1971 ; Kiesler et Sakumura, 1966) et/ou de soumission librement consentie (Joule et Beauvois, 1998 ; 2002). La communication engageante (Girandola et Joule, 2008 ; Joule 2000 ; Joule, Py et Bernard, 2004) tend ainsi à faire du récepteur un partenaire actif de la sensibilisation (Girandola et Joule, 2006 ; Joule et Bernard, 2008). Elle l'implique davantage dans ses choix, le rend plus autonome et satisfait de sa décision (Coch et French, 1948 ; Grandjean et Guéguen, 2011 ; Guéguen et al., 2011a). La méthode lui permet de prendre la mesure à posteriori d'un intérêt pour le dépistage (Arkes et Blumer, 1985), ce qui optimise son adhérence (Girandola et Roussiau, 2003 ; Miller, Brickman et Bolen, 1975 ; Quintard, Lecigne, Pascual, Rogues et Parneix, 2010).

Le programme d'invitation et de relance postales *Courrier_psy* s'inspire de ces approches. Il cherche à déterminer laquelle peut-être la plus adaptée au dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace. Le programme fera l'objet d'une deuxième étude randomisée contrôlée.

PARTIE EMPIRIQUE :

ÉTUDES RANDOMISÉES CONTRÔLÉES.

Etude 1. Conseil téléphonique sur le cancer colorectal ou programme *Cotelco*

Le projet de Conseil Téléphonique sur le cancer Colorectal ou *programme Cotelco* est un projet d'étude[4] initié par ADECA Alsace. Il est en partie financé par l'Institut National du Cancer (INCa). L'intervention croise les recherches sur l'entretien motivationnel et l'apport d'un conseil téléphonique ajusté dans le programme de dépistage organisé.

I. Introduction

1. Objectifs de l'étude

L'étude avait deux objectifs principaux. Le premier était d'augmenter la qualité du processus d'information et de décision sur la question du dépistage organisé du cancer colorectal. Le deuxième était d'améliorer la participation ajustée au dispositif, c'est-à-dire d'augmenter le nombre de tests faits (participation brute) tout en réduisant le nombre de personnes éligibles au dépistag par une remontée accrue des motifs d'exclusions.

L'étude avait également un objectif secondaire visant à faire rejaillir les facteurs de participation et de non participation au dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace.

L'étude se proposait d'évaluer la première option que nous soumettions à l'issue de notre travail théorique pour répondre à ces objectifs, à savoir l'option d'un conseil téléphonique ajusté simple ou motivationnel.

2. Cadre théorique et paradigmes exploités

2.1. Le modèle transthéorique

Pour Prochaska et DiClemente (1982), le succès de la thérapie ou plus généralement de l'intervention est fonction de sa flexibilité. Elle doit savoir s'adapter, correspondre au besoin précis de la personne à un instant *T*. Ce besoin varie d'un individu à l'autre. Il dépend de sa position par rapport au changement. Le modèle transthéorique (Prochaska et DiClemente,

[4] L'étude a fait l'objet d'une publication intitulée "*Tailored telephone counseling to increase adherence of underusers in an organized colorectal cancer screening program with FOBT: a randomized controlled trial*" (Denis, Broc, Gendre, Gana & Perrin, 2012). Les résultats ont été présentés par le président d'ADECA Alsace, le docteur Bernard Denis, à la conférence de la *Digestive Disease Week* de San Diego en mai 2012.

1982 ; 1983) décrit en ce sens différents stades de progression de la personne, stades allant de l'acceptation à la mise en œuvre du changement. Cela au même titre que le modèle processuel d'adoption d'une précaution ou *précaution adoption process model* (*P.A.P.M.* ; Weinstein, 1988) ou que la théorisation des quatre phases d'action de Gollwitzer (1993). A chaque étape, des processus mobilisent des ressources particulières chez l'individu. Ils l'amènent à prendre conscience d'une nécessité à changer, stimulent sa confiance et l'arment contre le renoncement ou la rechute.

2.1.1. Les pré-conditions à l'initiation du travail de changement

Le modèle de Prochaska et DiClemente (1982) est issu d'un comparatif de dix huit styles thérapeutiques leader de l'époque. Il est employé à fin de promouvoir le changement du patient dans les meilleures conditions. L'approche confère à ce dernier et à son implication une place centrale dans le processus de changement. Pour ce faire, certaines conditions doivent être rendues palpables tout au long de la relation thérapeutique. Cela du côté du professionnel de santé comme du destinataire de la recommandation.

2.1.1.1. Motivation et implication

Quel que soit le cas de figure, le patient doit être l'instigateur du travail de changement. Il doit entrevoir un intérêt substantiel à la démarche afin de collaborer même s'il s'est déplacé contraint à la consultation. L'individu résiste au changement dès lors qu'il se sent dépossédé de cette liberté ou dès qu'il pressent le médecin déterminé à lui imposer une direction particulière. En conséquence de quoi, il s'enracine dans le statu quo de manière plus inextricable encore (Coch et French, 1948 ; Hobföll, 1989). Le sujet doit ambitionner les retombées bénéfiques du changement, produire des attentes positives envers la thérapie sous peine de se voir renoncer ou d'interrompre les soins. A l'inverse, un individu mué par des expectations favorables au changement se rend plus motivé. Il consent à fournir plus de temps, de moyens et d'efforts pour progresser (Prochaska et DiClemente, 1982).

2.1.1.2. Une alliance thérapeutique indispensable

Médecins et patients n'ont pas le même cadre de référence (Hall et Fong, 2007). Les premiers actent sur la foi d'attentes distales. Ils alertent sur les conséquences à long terme des conduites néfastes et vantent les bénéfices des recommandations de santé quand les seconds n'y entrevoient que de nouvelles contraintes présentes à assumer, défendant leur bien-être à

court-terme (Wallace, Cutler et Haines, 1988). La consultation devient dès lors l'objet d'attentes distinctes de la part des protagonistes de la relation. Le médecin traite frontalement un problème dont le patient n'a pas encore conscience (Ackerman et Hilsenroth, 2001 ; Prochaska et DiClemente, 1982). Il en résulte un sentiment d'incompréhension mutuelle, lequel incline l'individu à ne pas se sentir écouté et conduit le soignant, frustré de son impuissance, à entrer dans la confrontation (Gache et al., 2006).

Mais la confrontation fait mauvaise manne. Au contraire de la collaboration, elle retranche le patient sur ses positions, l'amène à plus de résistance (Ackerman et Hilsenroth, 2001 ; Huver et al., 2006 ; Miller, Benefield et Tonigan, 1993 ; Patterson et Forgatch, 1985). Le professionnel de santé doit œuvrer avec son patient (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis et Siqueland, 2009), avancer à son rythme pour ne pas le déphaser (Prochaska et Diclemente, 1982 ; Rosenstock et al., 1988). Il doit faire montre d'empathie, de chaleur, de bienveillance. Il lui faut ériger les bases d'une confiance réciproque sans laquelle il n'est point de sensibilisation possible (Hovland et Weiss 1951). Le destinataire de la recommandation ne doit plus être considéré comme un récepteur passif de la communication mais comme un partenaire qui détient en lui une partie de la solution à son problème.

2.1.2. Stades et processus du changement

Les pré-requis sont statués. L'initiation du travail de changement peut dès lors être opérée. Ce travail est gradué en une hiérarchie d'échelons où chaque point de passage conditionne la poursuite et l'atteinte d'un pallier supérieur (*cf. figure 10*). Tout au long de ces phases, différents processus guident l'individu de la prise de conscience d'un besoin à changer à l'adoption de la résolution. Le besoin et le type d'information varient en fonction du stade de la personne, d'où la nécessité d'ajuster et d'adapter l'intervention à chaque étape de son évolution (Weinstein, 1988).

Le modèle transthéorique définit cinq stades du changement. Ces stades sont jalonnés par dix processus ou *indices de changement* dont le renforcement permet au patient d'atteindre les objectifs fixés lors de la thérapie (Prochaska et DiClemente, 1982 ; 1983). Ces processus sont déterminants. Ils permettent de confronter la personne au problème existant, l'aidant à transcender ses émotions négatives et à s'impliquer en direction du changement. Ils servent à casser ses habitudes nocives et tendre à ce qu'elle recouvre un contrôle sur la situation.

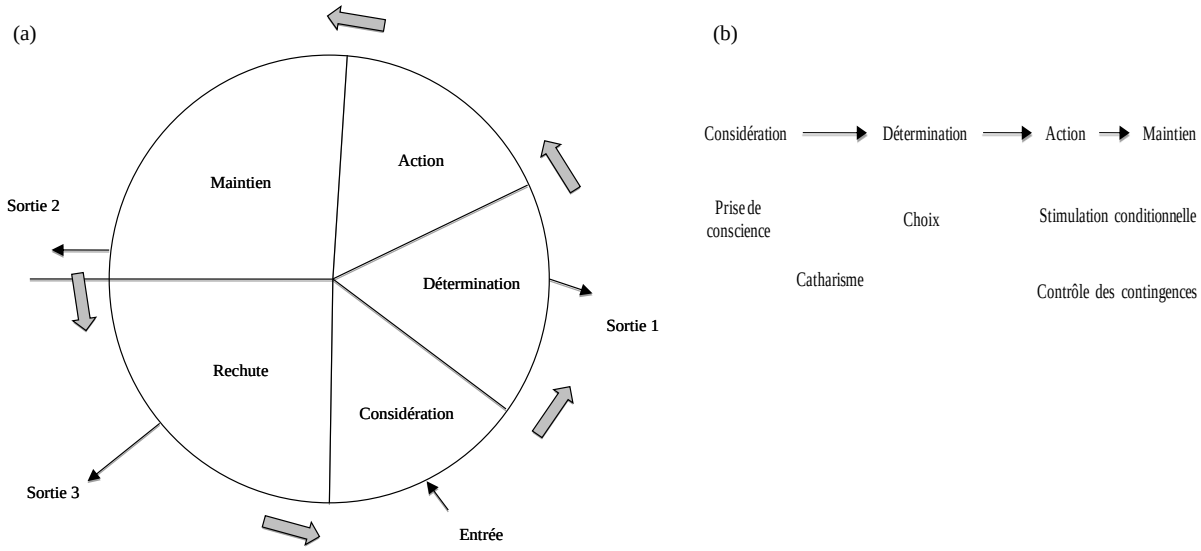


Figure 10. Représentation circulaire (10a) et linéaire (10b) du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982)

2.1.2.1. Le stade de pré-considération

Le stade de *pré-considération* ou de *pré-contemplation* décrit la position du sujet avant qu'il ne conçoive un risque pour sa santé. Ce dernier peut ne jamais avoir entendu parler du problème, ne pas en avoir saisi l'importance. Pour changer, l'individu nécessite de pouvoir en ressentir le besoin, l'impératif. C'est le pré-requis des croyances de vulnérabilité et de sévérité perçues de la menace (Rosenstock, 1960 ; 1966 ; Rogers, 1975). Le stade de pré-considération représente une phase d'amotivation à laquelle il convient de réagir par l'information ou l'éducation, l'un des dix processus du changement. Le professionnel de santé doit parvenir à sensibiliser son patient. Cela avec son accord exprès. Sans cet accord, le médecin enfreint les règles de pré-conditions à l'initiation du changement. Il établit implicitement une distance hiérarchique entre lui et son patient par un positionnement d'expert dans la relation. L'individu sent son jugement dénigré. Il ne se sent ni écouté, ni compris, ni considéré. Informer sans la permission du patient génère de la résistance, laquelle entrave le passage de ce dernier au stade supérieur (Ackerman et Hilsenroth, 2001 ; Butler et al., 1999 ; Moyers et al., 2005 ; Wahab et al., 2008).

Pour Weinstein (1988), les informations générales sur la prévalence d'un risque ne renvoient pas la personne à sa propre vulnérabilité. Elles stimulent au contraire chez elle des biais cognitifs de l'ordre de l'optimisme irréaliste. Lequel lui fait concevoir l'existence d'un danger pour les autres mais pas pour elle. L'individu passe donc d'un stade d'inconscience (*unaware*) à un stade de non préoccupation (*not concern*) plus handicapant alors pour

l'amener à changer qu'une simple ignorance du problème. L'éducation et l'information requièrent de fait d'être admonestées à bon escient, et ce de manière adaptée à l'histoire personnelle du patient en vue de l'impliquer.

La prise de conscience du risque est tributaire d'un second processus ; le feedback ; dont nous avons précédemment relaté l'importance (Bandura, 1977 ; 1991 ; Leventhal, Nerenz et Steele, 1984). Le feedback est un processus attenant à l'expérience (Prochaska et DiClemente, 1982), cela au contraire de l'éducation qui relève d'un niveau environnemental. Le patient apprend ici des indices verbaux et non-verbaux reflétés par son médecin. Il puise aussi directement l'information de son expérience. L'intérêt du soignant n'est donc définitivement plus de renier le vécu subjectif de son patient, son cadre de référence.

2.1.2.2. Le stade de contemplation

L'individu prend acte de sa susceptibilité au risque sans s'être toutefois décidé à agir. Il accède dès lors à la phase de *contemplation* ou de *considération* qui incarne le premier pas vers le changement (Prochaska et DiClemente, 1982). La période d'amotivation qui précède la phase ne figure d'ailleurs sur aucune représentation du modèle, qu'elle soit linéaire ou en *porte tournante* (*cf. figure 10*), comme pour traduire l'importance d'atteindre le stade de considération pour être en mesurer d'entamer le travail de changement.

La phase de contemplation équivaut dans le modèle de Weinstein (1988) au passage du stade d'inconscience (*unaware*) ou de non préoccupation (*not concern*) au stade d'indécision. Elle se situe durant la phase pré-décisionnelle de Gollwitzer (1993). Pour Prochaska et DiClemente (1982 ; 1983), l'étape se caractérise par l'activation des premiers processus d'action. A ce stade, l'individu prend conscience d'un danger mais demeure incapable de se décider. Il est ambivalent, pèse alternativement les avantages et les inconvénients de chacune des options. Pour les auteurs, la prise de décision du sujet est handicapée par la défaillance de son système à réguler certaines émotions. Les sensations négatives telles que la peur, la culpabilité ou la colère grippent les rouages hydrauliques de ce système. Elles bloquent l'individu et l'empêchent d'arrêter un choix définitif rationnel sur la situation.

Les processus cathartiques de soulagement de l'émotion permettent l'évacuation des affects négatifs par la parole et l'expression. Evoquer une émotion refoulée libère la personne, l'apaise et de fait améliore son état général. Le professionnel de santé propose à son patient de

parler de la situation, de ce qu'il ressent. Le processus de correction de l'expérience émotionnelle entre alors en jeu. Il aide l'individu à surmonter son traumatisme dans l'après-coup. L'utilisation de la Catharsis (*dramatic relief*) s'opère en revanche quand le soignant fait appel à des mises en scènes. Ce second processus fait référence à l'expérience vicariante (Bandura, 1977). Il marque la projection de l'individu, l'expression et la résolution par procuration des sentiments qui l'oppressent et bloquent sa décision.

2.1.2.3. Le stade de détermination

La phase de *détermination* ou de *préparation* renvoie au stade de décision d'action du modèle de Weinstein (1988). Le sujet vient de statuer. Il ambitionne d'entreprendre ou non la précaution. Dans le second cas, il emprunte la première sortie illustrée sur la modélisation circulaire des étapes du changement (*cf. figure 10a*). Plusieurs critères influencent son intention. Pour Weinstein (1988), l'individu doit avoir conscience d'une sévérité de l'évènement suffisante pour le motiver à recourir à la précaution. Cela implique qu'il se sente lui-même vulnérable à cette menace dont il évalue la saillance à plus ou moins long terme. La croyance que la personne voue à l'efficacité de la précaution revêt un rôle déterminant dans sa préférence d'action. L'individu arrête sa décision parmi les alternatives possibles. Son choix est fonction de la disponibilité de la solution, de son caractère désirable ou du coût qu'elle représente à l'heure actuelle et en devenir.

Durant cette étape décisionnelle, le contexte de choix demeure plus que jamais capital. Il recoupe l'action de deux processus de changement qui exacerbent le sentiment de liberté du sujet. Ces processus sont de la même façon endo ou exo-déterminés. L'individu peut découvrir en lui-même des capacités qu'il ne soupçonnait pas. Ce potentiel dormant lui ouvre le champ des possibles. Il lui permet d'accéder à de nouvelles capacités, de nouveaux choix. Prochaska et DiClemente (1982) parlent de libération de soi. Dans le cadre de la libération sociale, c'est le contexte qui évolue en faveur du changement, non plus le point de vue du sujet sur lui-même. Ce dernier accède à de nouvelles ressources. Il peut s'agir d'une rentrée d'argent, d'une perspective de congés à venir ou d'une toute autre survenue qui permette à la personne d'élargir son éventail d'alternatives. Par ce biais, l'individu se voit offrir des opportunités d'action supplémentaires.

Mais toute décision n'est qu'intention. La position reste fragile, réversible. Elle ne se mue pas nécessairement en acte. Le passage à l'acte s'accompagne de difficultés qui risquent à tout

moment de dévier la personne de son objectif. Weinstein (1988) évoque des obstacles situationnels (*résider chez des fumeurs lors d'un sevrage tabagique*), des difficultés de mise en œuvre (*manque de temps, oubli, autres priorités*). Gollwitzer traite quant à lui de l'interférence de distracteurs (Gollwitzer, 1993 ; Gollwitzer et Brandstätter, 1997).

Le travail du professionnel de santé consiste dès lors à briefer son patient, l'outiller de sorte à ce qu'il maximise ses chances de mener à terme la conduite recommandée. Il s'agit d'une phase post-décisionnelle de préparation à l'action. L'individu y planifie les différentes occasions d'amorcer la conduite souhaitée (*indices d'actions*). Il envisage les leviers, les freins, de façon à saisir la moindre opportunité et se donner les armes pour se prémunir de l'échec. A cette œuvre, le contexte de choix favorise l'implication du patient. Il stimule sa responsabilité et l'engage plus favorablement à tenir ses objectifs.

2.1.2.4. La phase d'action

Les processus actifs durant les premiers stades sont caractéristiques des approches verbales en thérapie (Prochaska et DiClemente, 1982). Ils court-circuitent les mécanismes de défense de la personne, confortent ses espoirs de succès et sa confiance dans ses capacités à initier la recommandation. A l'opposé, les processus activés au cours de la phase d'action et, au-delà, durant la phase de maintien sont quant à eux comportementaux. L'individu adopte de nouvelles pratiques, exerce de nouvelles compétences. Le temps de l'action s'illustre par une hyper-activation de l'ensemble des indices du changement, particulièrement la libération sociale, la recherche d'aide, la planification des stratégies d'action et le contrôle du contexte (Prochaska et DiClemente, 1983). Ce contrôle s'établit lui-même par l'action de deux processus du changement. Le sujet peut gérer concrètement les imprévus (management de la contingence). Il peut aussi anticiper la conséquence de ces imprévus, cela dans l'optique de se préparer émotionnellement et/ou de réévaluer la situation de manière fonctionnelle.

Deux autres processus œuvrent à freiner les automatismes, autorisant ce faisant l'initiation d'une nouvelle conduite. Le contre-conditionnement consiste ainsi pour la personne à permuter la réponse qu'il donne à une stimulation spécifique. Aux premières alertes du stress, l'individu tente par exemple de désassocier la réponse R_1 automatique qui lui dicte de fumer une cigarette pour se calmer. Il y adjoint plutôt la réponse fonctionnelle R_2. Laquelle l'aide à recouvrer l'apaisement par la prise d'un chewing-gum. L'individu peut aussi

rester à l'écart de la situation stressante, évitant de sorte l'excitation source d'inconfort. Les auteurs parlent alors d'un processus de contrôle de la stimulation.

2.1.2.5. Maintenance et rechute

Pour Prochaska et DiClemente (1983), le sentiment du sujet à pouvoir réussir augmente durant l'action car il se confronte à la réalité du terrain et y subit ses premiers renforcements. Un retour positif l'encourage à garder son cap et à poursuivre ses efforts en direction du but à atteindre. Durant la phase de maintien, la plupart des processus du changement restent activés quand bien même leur intensité s'amenuise. A ce stade, il n'est effectivement plus question d'impulser une action énergivore mais de rester alerte pour éviter toute rechute. Si tout se passe comme prévu, l'individu succède à maintenir sa conduite. S'il intègre le changement comme conduite basale, le travail est alors terminé. La réussite est symbolisée par la deuxième sortie sur le schéma du modèle (*cf. figure 10a*).

Selon Weinstein (1988), les valeurs de l'individu ne restent pas immuables tout au long du processus de changement. Elles muent avec le sujet, naissent, se renforcent et s'étiolent même en fonction des différents feedback. La confrontation à l'action peut ainsi ouvrir les yeux de l'usager sur la difficulté réelle de mise en œuvre du comportement (Prochaska et DiClemente, 1983). Il devient prompt à remettre en question son objectif, ses capacités ou encore l'opinion d'autrui à propos de la recommandation. Les obstacles au maintien sont divers. L'action peut prendre plus de temps que prévu, s'avérer déplaisante à réaliser ou ne pas procurer les résultats escomptés. Le patient court alors un risque de rechute à un stade antérieur.

Quatre options s'ouvrent à lui. L'individu peut tout d'abord régresser jusqu'au stade de contemplation, s'interrogeant à nouveau sur ce qui l'a conduit à changer. Il peut également s'en retourner au stade de détermination, arborant la même volonté d'œuvrer en direction du changement. A ce stade, l'individu renégocie sa stratégie d'action ; la planification enrichie des leçons tirées de sa récente expérience. La rechute n'est donc en ce sens jamais à considérer comme un échec en ce sens qu'elle enseigne au patient et le renforce. L'individu peut néanmoins concevoir son expérience comme un revers et souffrir d'un retour négatif sur sa conduite (*frustration, déception, perte de confiance*). La rechute motive alors ce dernier à abandonner la poursuite de son but. L'individu découragé emprunte la troisième sortie représentée sur le schéma du modèle transthéorique pour se prémunir d'un éventuel autre échec (*cf. figure 10a*). La rechute est prédite par la force de l'habitude, la faiblesse de

l'implication du sujet, l'utilisation de stratégies de maintien inadéquates ou encore l'occurrence d'imprévus environnementaux (Prochaska et DiClemente, 1982). La quatrième option possible consiste pour l'individu à redoubler d'efforts pour maintenir sa conduite et sortir de la boucle par la seconde porte.

2.1.3. Intérêt d'un conseil ajusté

L'approche transthéorique reçoit un soutien quasi unanime des praticiens du domaine de la santé (Munro et al., 2007). Elle propose un canevas d'intervention non linéaire (Marshall, et Biddle, 2001) tout à fait ajustable à chaque profil de patient.

Ryu et collaborateurs (2008) établissent qu'un conseil personnalisé en fonction du stade de changement optimise le dépistage du cancer du sein. Les interventions téléphoniques menées par l'équipe de Costanza sont elles guidées par une appropriation du modèle processuel d'adoption d'une précaution (Costanza et al., 2005 ; 2009). Les conseillers sont en charge de délivrer une information adaptée à la situation du bénéficiaire. Le conseil personnalisé aboutit au final à une augmentation significative de l'adhérence au dépistage.

La présence du conseiller n'est malgré tout pas nécessairement requise. Les études illustrent ainsi des applications du modèle transthéorique directement auto-administrables par le patient (Prochaska et al., 1993 ; Velicer et Prochaska, 1999). Un logiciel interactif compile les données renseignées par l'utilisateur à l'aide de mesures ipsatives (*échelles de Likert*). Le recueil recoupe les outils de ciblage des processus de changement, le traçage de la balance décisionnelle (*coût-bénéfices perçus des positionnements antagonistes*) et une énumération des situations de tentation susceptibles d'infléchir la rechute de l'individu. Le programme détermine ensuite le stade auquel le sujet appartient afin de lui délivrer en conséquence les informations, les conseils et les objectifs utiles à son évolution vers le changement.

Plusieurs développements découlent du système pensé par l'équipe de Prochaska. Les applications sur ordinateur apportent une aide personnalisée appuyée par l'image, les graphiques et la vidéo (Hollis et al., 2005). Elles ont l'avantage d'optimiser l'intervention tout en permettant la collecte de donnée (Velicer et Prochaska, 1999). Via l'outil téléphonique, la stratégie peut être menée par l'intermédiaire d'un conseiller assisté par une trame numérique CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*). Elle peut également être coordonnée de manière automatique à l'aide d'un robot conçu pour ce genre d'appels (Ramelson et al.,

1999 ; Velicer et Prochaska, 2001). Les interventions téléphoniques inspirées du modèle transthéorique décuplent l'efficacité des approches classiques de 30% sur six mois et de 56% en deux ans (Prochaska, Velicer, Fava, Rossi et Tsoh, 2001). Elles représentent un gain non négligeable dans la sensibilisation et l'accompagnement du public ciblé par les campagnes.

2.2. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel ou *motivational interviewing* est un style directif centré sur le client. Il est issu des observations empiriques de William R. Miller et de Stephen Rollnick (Miller et Rollnick, 2006 ; Rollnick et al., 2009) sur la pratique clinique d'entretiens menés dans le champs des addictions. L'approche articule les travaux de Carl Rogers sur l'empathie (Azoulaï, 2006 ; Rogers, 1940 ; 1950 ; 1962), la conception transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (1982), la balance décisionnelle de Janis et Mann (1977) et aussi la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura (1977). Le socle théorique de l'entretien motivationnel, proche de l'autodétermination (Markland, Ryan, Tobin et Rollnick, 2005) compte parmi les bases utiles de réflexion qui ont guidé notre synthèse d'un modèle explicatif des conduites relatives à la santé. Nous lui empruntons notamment les terminologies d'ambivalence, de statu quo et de changement. L'entretien motivationnel reste malgré tout une méthode, un style thérapeutique issu de la pratique.

Diffusé dans les pays anglo-saxons depuis la parution du premier ouvrage de Miller et Rollnick en 1991, l'entretien motivationnel se développe progressivement au Québec, en Suisse et en Belgique dans le domaine des addictions et de l'éducation thérapeutique (Lécailler et Michaud, 2004). L'approche trouve plus difficilement écho en France. Son utilisation demeure marginale, méconnue. Des organes officiels, tels que le *Motivational Interviewing Network of Trainers* (MINT) aux US, ou son homologue francophone, l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM) cherchent à étendre la pratique par l'interface de formations, de publications et de tables rondes destinées à l'usage des professionnels de la relation d'aide (Lécailler et Michaud, 2006).

2.2.1. Un nouveau regard dans la relation d'aide

L'échec de la thérapie comme de la démarche de sensibilisation est tributaire d'un phénomène de résistance dans la relation qui anime l'intervenant et le client. Cette résistance n'est ni unilatérale ni intrinsèque. Elle est le fruit d'une dynamique interpersonnelle entre les

protagonistes de la relation, comme en témoigne l'exemple des organisations (Alvaro et al., 2010 ; Bareil, 2004 ; Dent et Goldberg, 1999). Le signal de dissonance reste pourtant assimilé par de nombreuses personnes à un trait de caractère des patients, c'est-à-dire à une disposition inhérente (Miller et Rollnick, 2006). L'entretien motivationnel prône en ce sens un nouvel éclairage dans la relation d'aide. Il se propose de redéfinir le phénomène de résistance, de souligner les indices permettant de la signaler et de livrer les outils voués à l'appréhender.

2.2.1.1. Conflits et motivations intrinsèques

Faire un choix n'est pas anodin. Trancher entre deux alternatives suppose le renoncement à l'une d'entre elle et à ce qu'elle implique. Lewin (1935) formalise quatre typologies de conflits susceptibles d'incommoder l'individu. Le conflit *attraction-attraction* illustre la tension que ressent la personne face à deux options attrayantes mais diamétralement opposées. C'est l'histoire de l'âne de Buridan mort de faim d'hésiter entre deux bottes de paille disposées à égales distances de sa position. Ou bien celle de la mule qui hésite entre boire et manger pour se laisser périr in fine de faim et de soif. Le conflit *évitement-évitement* ou *répulsion-répulsion* place le sujet en instance de choisir entre deux alternatives connotées négativement. Entre deux maux, il est sommé d'élire le moindre. Miller et Rollnick (2006) emploient la métaphore du choix entre Charybde et Scylla (p. 16) pour traduire la complexité d'une telle décision. Les conflits d'*attraction-évitement* et de *double-attraction-répulsion* figurent enfin parmi les plus ambigus et les plus retors. Ils renvoient à deux motivations inverses enclavées au sein d'une même option à l'instar de la tension duale à laquelle nous faisions référence. Les auteurs parlent d'ambivalence (Bailly et Ilharragorry-Devaux, 2011 ; Stein, 2010). La tension est en soi motivante. Elle tend à un besoin de régulation non spécifique vers le statu quo comme vers le changement.

2.2.1.2. Le phénomène de résistance

La personne oscille, hésite. Mais devant le caractère médicalement dysfonctionnel de certaines alternatives (*fumer, ne pas se faire dépister*), ce choix apparaît comme un non-choix à bon nombre de professionnels de santé. Lesquels sont alors tentés de prodiguer des conseils, de pointer la « bonne façon de penser » (Hettema et al., 2005). L'optique étant de résoudre l'ambivalence de leur patient dans le sens du changement. Ils se bornent alors à corriger par l'éducation et la confrontation les « connaissances défectueuses » à l'origine d'émotions négatives chez les individus (Ackerman et Hilsenroth, 2001). Le *réflexe correcteur* est ainsi

incarné par le « oui, mais » du médecin. Le positionnement génère de la résistance chez le patient. Il nuit à la relation d'aide s'il n'est pas rapidement endigué (Butler et al., 1999 ; Miller et al., 1993).

En soi, la résistance peut être un moteur de la relation. Miller et Rollinck (2006) emploient en ce sens l'analogie du feu rouge ; utile à la circulation, calvaire lorsque l'usager se révèle trop pressé ou problématique s'il reste bloqué sans jamais plus repasser au vert. Les professionnels de santé appréhendent cependant mal la rupture du fait qu'ils envisagent d'emblée le patient comme résistant (Lundhal et al., 2010), culpabilisent de leur impuissance à lui ouvrir les yeux (Gache et al., 2006) ou se centrent à tel point sur leur objectif qu'ils renvoient au client un sentiment d'indifférence (Stein, 2010). La méta-analyse d'Ackerman et Hilsenroth (2001) prédit une alliance thérapeutique négative en fonction de l'attitude du clinicien (*rigidité, distraction, incrimination, prêche, distance, apathie, auto-centration*) et d'un management inapproprié de la résistance par celui-ci (*confrontation, transfert, utilisation d'un cadre rigide, mauvaise gestion des silences, dispense d'avis et de conseils non sollicités*). Ces écueils sont symptomatiques d'un conseil directif durant lequel l'intervenant, exhorté au diagnostic, restreint malgré lui le déroulement de l'entretien du fait de ses attentes et de la position d'expert légitime qu'il statue (Lécailler et Michaud, 2004).

2.2.1.3. L'esprit motivationnel

L'entretien motivationnel, tel que pensé par Miller et Rollnick depuis la première édition de leur ouvrage en 1991, est défini par les auteurs comme « *une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » (Miller et Rollnick, 2006, p. 31). Au contraire du conseil directif, l'entretien motivationnel veille à ce que « *le changement ne soit pas imposé de l'extérieur mais issu de l'intérieur de la personne, et serve ainsi ses buts et ses valeurs de référence* » (Miller et Rollnick, 2006, p. 41). L'approche se distingue de ce fait par un esprit qui lui est propre et qui laisse à penser aux inspirations de Prochaska et DiClemente (1982) à propos des processus du changement. Il est à noter que la motivation intrinsèque, à laquelle il n'est opposée que la motivation extrinsèque, renvoie ici uniformément à la motivation autonome (Markland et al., 2005).

L'entretien motivationnel s'exprime tout d'abord par la collaboration plutôt que par la confrontation. Le patient est l'expert de la relation. L'intervenant se cantonne à guider, à

étayer. Il n'impose pas à son client « *une réalité qu'il ne voudrait ou ne pourrait pas admettre* » (p. 41). L'approche préfère également l'évocation à l'éducation. Le patient dispose des ressources nécessaires au changement. Le travail du thérapeute consiste à les faire émerger, à les tirer par la parole hors de son client (*ex-vocare*). Le soignant renvoie alors à celui-ci l'intégrité des perceptions, valeurs et objectifs qu'il exprime au cours de l'entretien. Il n'informe qu'avec la permission expresse de ce dernier. Enfin, l'esprit motivationnel valorise l'autonomie du patient plutôt que de le contraindre par l'autorité. Le client est responsable du changement et des implications qu'il suscite. Il est maître de ses décisions et doit rester libre d'agir comme il l'entend, sans autorisation ni injonctions du professionnel de santé.

2.2.2. Principes et fondements de l'entretien motivationnel

La méta-analyse d'Ackerman et Hilsenroth (2003) assure qu'une attitude et une maîtrise conformes chez le clinicien aux enseignements de l'entretien motivationnel prédisent une alliance thérapeutique positive. Pour rester fidèle à l'esprit motivationnel, le professionnel de santé est voué au respect d'un certain nombre de principes généraux qui sous-tendent le bien-fondé et l'expression de la méthode. Originellement décrits par Miller (1983), les quatre principes sont étayés dans l'ouvrage de référence de Miller et Rollnick (2006).

2.2.2.1. Exprimer l'empathie

La mention « *centré sur le client* » fait référence aux travaux de Carl Rogers dont s'imprègnent les deux auteurs. Dans la définition de Rogers rapportée par Azoulaï (2006) :

…être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent [...] c'est-à-dire de capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécu par l'interlocuteur, et d'en percevoir les causes de la même façon que lui. (p. 2).

Confronté à une détresse émotionnelle, un *pathos* (*e.g. un enfant qui pleure parce que son ballon s'est envolé*), l'individu met en jeu quatre types d'éprouvés et de réactions possibles (Azoulaï, 2006). Il peut tout d'abord ne pas prendre en considération la souffrance de l'enfant (*« je t'avais pourtant dit de faire attention »*), ou bien s'y adresser tout en l'invalidant (*«tous ces pleurs pour un malheureux ballon »*). On parle d'A-*pathie* dans le premier cas et d'ANTI-*pathie* dans le second. Lorsque l'individu exprime et valide la souffrance, il peut témoigner y être lui-même affecté (*«ça me fait de la peine de te voir pleurer»*) et dénoter de la SYM-*pathie*,

de la COM-*passion,* ou comprendre la peine sans la partager (*« tu aimais ce ballon, c'est normal d'avoir du chagrin »*), ce qui correspond au sens même de l'EM-*pathie*. Eprouver de l'empathie est nécessaire. L'empathie permet au soignant la compréhension du point de vue de son patient, de son ambivalence et de ce qui origine selon lui son malaise. Ecoute et acceptation inconditionnelle sont les maîtres d'œuvre de l'esprit motivationnel (Ackerman et Hilsenroth, 2003). Il est à noter que l'acceptation ne signifie en rien agréer ou être dans l'approbation, mais tout bonnement s'interdire toute forme de jugement.

Être empathique suppose non seulement d'éprouver, mais aussi d'exprimer l'empathie. L'écoute est en ce sens réflexive. Elle sert à restituer au patient ce qu'il évoque de sorte à l'éclairer sur ce qu'il pense et le guider dans ce qu'il attend d'un changement. La personne se sent alors écoutée, comprise. Elle s'ouvre à cette condition à la possibilité de changer. Contrairement à l'empathie, la compassion ne permet pas d'aboutir à une relation d'aide constructive. C'est l'écueil du « *gloom à deux* » (Miller et Rollnick, 2006). Le thérapeute doit avoir un certain recul sur la situation afin de ne pas partager le sentiment d'impuissance du sujet et rester en mesure de lui prodiguer un soutien.

2.2.2.2. Développer les divergences

Si l'entretien motivationnel assume l'héritage de Rogers, la méthode s'en éloigne par la directivité qu'elle affiche. Son but n'est pas de conforter le patient dans une conduite qui lui serait préjudiciable (*tabagisme, alcoolisme*) mais bien de guider la résolution de son ambivalence dans la direction d'un changement. L'optique demeure par là-même identique à celle des interventions classiques en management de la santé bien que la pratique de l'entretien motivationnel constitue en soi une moyen plus souple et plus engageant d'y parvenir. Miller (1983) postule en ce sens de faire prendre conscience implicitement à l'individu d'un paradoxe dans son discours, suscitant en cela de la dissonance cognitive. Pour Miller et Rollnick (2006), il s'agit plus précisément de « *créer et d'amplifier, dans la manière de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de référence ou ses objectifs plus généraux.* (p. 45). Comme le cadre de référence reste celui du client, la divergence excite sa motivation intrinsèque. Elle l'amène à de nouveaux points de vue.

2.2.2.3. Rouler avec la résistance

Au même titre que le patient a besoin d'avoir un retour sur ce qu'il exprime (*feedback, écoute réflexive*), le thérapeute ne peut seul avoir conscience de ce qu'il renvoie, ni de l'issue que son style d'entretien préfigure (Horvath et Symonds, 1991 ; Martin, Garske et Davis, 2000). Les interruptions, la perte d'intérêt, d'attention, ou encore les attitudes négatives et confrontantes formalisées par le patient paraissent autant de signaux d'une dissonance dans la relation thérapeutique (Miller et al., 1993 ; Patterson et Forgatch, 1985). Le professionnel de santé est alerté. Il doit prendre ombrage de la résistance, la considérer par un changement de stratégie plus propice et moins conflictuelle à la relation. Comme au judo, confronter la résistance s'avère contre-productif. La stratégie retranche en effet la personne sur ses positions. Le patient s'inscrit dans un scénario coutumier au sein duquel il s'est depuis longtemps rompu à répliquer. Plutôt que d'opposer une force à une autre, l'entretien motivationnel préconise de « rouler avec la résistance » (*roll with resistance*), tel un bateau *roule* pour ne pas faire front à la houle. Le principe se résume à canaliser la résistance pour mieux la recadrer et la dévier à l'avantage du patient. Un sujet en colère est ainsi plus sensible à l'entretien motivationnel car il mobilise davantage d'énergie et de substance qu'un sujet résigné et peu expressif (Hettema et al., 2005 ; Lundhal et Burke, 2009). Pour Miller et Rollnick (2006), la résistance est une clef, une opportunité qui permet au thérapeute de réécrire son propre rôle. En cela, il donne à la relation les moyens de faire évoluer l'intrigue vers un tout autre dénouement.

2.2.2.4. Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

Le respect des trois premiers principes permet l'exploration, l'évocation de l'importance du changement. La tenue d'un tel discours participe à l'émergence de la motivation intrinsèque du patient. L'autre facette de cette motivation est celle de la confiance qu'accorde la personne en ces propres capacités de mise en œuvre de ce changement. Miller et Rollnick (2006) empruntent ici la notion de sentiment d'efficacité personnelle pensée et illustrée par la théorie sociocognitive de Bandura (1977). Sans espoir de réussite dans l'initiation et le maintien d'un changement, le patient ne fournira aucun effort pour s'engager dans sa direction. L'intervenant doit donc faire émerger la confiance de ce dernier en valorisant notamment sa démarche et ses succès (Ackerman et Hilsenroth, 2003 ; Berdoz, Conus et Daeppen, 2005). Un soutien inconditionnel est primordial.

2.2.3. L'entretien motivationnel en pratique

Pour initier un changement, l'individu doit avoir la volonté de changer (*willing*), s'en sentir capable (*able*) mais aussi être prêt à le faire (*ready*). L'esprit et les principes de l'entretien motivationnel servent de telles aspirations. Le thérapeute dispose dans cette optique d'outils et de méthodes dont il se sert à bon escient au regard de la situation de son patient. Il s'adapte notamment à son rythme, à sa position par rapport au changement, se basant en cela s'il le souhaite (Miller et Rollnick, 2009) sur des classifications graduelles telles que définies par Prochaska et DiClemente (1982) ou Weinstein (1988). Selon ses réactions, il alterne entre suivisme, guidance et dirigisme (Rollnick et al., 2009), préférant des alliances tantôt stimulantes (*non jugement, écoute, compréhension*), tantôt collaboratives (*émergence de nouveaux points de vue, compromissions*), tantôt intuitives (*facilitation de l'expression, clarification des besoins*) (Ackerman et Hilsentoth, 2003). Miller et Rollnick (2006) décrivent ainsi deux phases essentielles à l'instigation du changement. La première participant à l'émergence du discours changement du patient. La seconde œuvrant à renforcer son engagement dans cette voie.

2.2.3.1. Susciter et renforcer le discours-changement

La motivation intrinsèque au changement est facteur de l'importance qu'accorde l'individu à ce changement et de la confiance qu'il prête en ses aptitudes à changer. Le travail du professionnel de santé consiste dans un premier temps à faire émerger les différents indices de cette motivation, regroupés sous l'acronyme DARN (*desire, ability, reason, need*) soit DCRB (*désirs, capacités, raisons, besoins*) en français. La classification n'est qu'informative. La production d'un tel discours (*« je veux arrêter de fumer, je sais que j'arriverai à faire le test »*) ne suffit pas à prédire significativement l'adhérence au changement (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer et Fulcher, 2003 ; Hettema et al., 2005). Elle demeure néanmoins utile à l'intervenant pour se forger une représentation de la motivation intrinsèque de son patient et guider ce dernier vers la résolution de son ambivalence. Du point de vue du client, l'emploi d'un langage DCRB ou *discours préparatoire* (Miller, Moyers, Amrhein et Rollnick, 2007) dans le sens du changement est un préalable au renforcement de son engagement.

2.2.3.1.1. Les outils d'exploration et de renforcement

Au cours de la phase contemplative, le sujet ne parvient pas à se démettre de son ambivalence. Il produit alternativement des évocations DCRB orientées vers le changement (*« j'ai besoin de me sentir rassuré »*) et vers le statu quo (*«mais la cigarette me donne de l'assurance »*), sans qu'il ne s'agisse pour autant de résistance. On parle respectivement de *discours-changement* (ou *déclaration d'automotivation*) et de *discours-maintien*. Tous deux illustrent la complexité de la motivation intrinsèque. L'emploi de la balance décisionnelle et des échelles *Likert* d'importance et de confiance accordées au changement permet alors de cartographier les aspirations motrices de l'individu (Bailly et Ilharragorry-Devaux, 2011 ; Janis et Mann, 1977 ; Ryu et al., 2008). Le thérapeute explore chez son patient les avantages et les limites que ce dernier entrevoit du statu quo (*e.g. ne pas se faire dépister*) et du changement (*e.g. se faire dépister*). Il dispose pour ce faire d'une batterie d'outils rassemblés derrière l'acronyme d'OARS, c'est à dire OuVER dans sa traduction littérale. Les stratégies recouvrent l'emploi de questions *ou*vertes (*open questions*), de la *v*alorisation (*affirming*), d'une *é*coute réflexive (*reflect*) et de *r*ésumés (*summarizing*).

Les questions ouvertes libèrent le potentiel cathartique, l'évocation et l'élaboration. A l'inverse, les questions fermées poussent le patient à la passivité, aux réponses courtes voire attendues. En pratique, pas plus de 3 questions fermées doivent s'enchaîner durant l'entretien sous peine d'induire un rapport de hiérarchie entre l'intervenant et l'interviewé qui entraverait la collaboration et l'expression du client pourtant seul détenteur des clefs du changement.

Valoriser les efforts du patient est également essentiel pour étayer sa confiance en Soi. Une écoute compréhensive et empathique (« *vous avez surmonté ces difficultés avec force* »), des compliments (« *vous êtes une personne courageuse et déterminée* ») et des renforcements positifs (« *je vous remercie de vous être déplacé* ») participent à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle générale et spécifique du patient. Chaque expérience, bonne ou mauvaise, est enrichissante. Le travail du thérapeute consiste à faire rejaillir les éléments positifs de chacune afin de les restituer à la personne. La valorisation stimule le discours-changement par la production d'un discours-confiance chez le patient. Elle a également pour effet d'amenuiser la résistance (Lécailler et Michaud, 2004).

L'écoute réflexive est en ce sens un outil incontournable. Elle permet le sentiment d'écoute, le témoignage de l'empathie ainsi que la restitution des éléments indicatifs de la

motivation et des ressources intrinsèques du patient. Comme l'indique le schéma de communication ci-après (*cf. figure 11*), il existe différents niveaux d'appréciation des propos formalisés par le patient et donc diverses formes de reflets plus ou moins élaborés. La plus basique est la *répétition*, ou *reflet-écho*. Le thérapeute se contente de restituer mots pour mots ce que le patient vient de lui dire (*P: «Je n'irai jamais me faire dépister » - T: «Jamais.*»). A terme, un effet dose de la technique survient. Il peut amener le sujet à penser que l'intervenant agit tel un perroquet qui ne comprend rien à ce qu'il éprouve (Rollnick et al., 2009). La *reformulation* limite ce genre d'écueil puisque le soignant maquille les propos de son client en faisant usage de synonymes illustrant sa compréhension (*«Vous ne ferez jamais le test.*»). La *paraphrase* est en revanche plus complexe. Elle dénote un effort d'interprétation de la part du soignant qui infère le sens prêté par son patient (*«Vous faire dépister est trop contraignant.*»). Le thérapeute teste ainsi des hypothèses et ouvre de nouvelles pistes d'exploration. Poussée à l'extrême, cette forme de reflet devient celle du reflet de sentiment, caractérisé par une inférence des motivations émotionnelles et affectives de la personne (*«Le cancer vous effraie.*»). Il est à noter que le ton du reflet n'est pas interrogatif mais descendant.

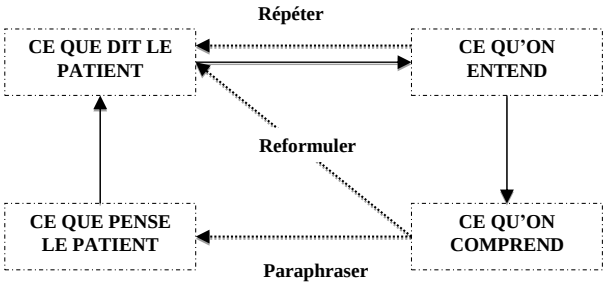


Figure 11. Schéma de communication rogérienne employé par le Dr. Guy Azoulaï (2006)

Dernier outil de l'OuVER, le résumé permet de faire le point avant la poursuite de l'entretien. Il est souvent évoqué par la métaphore du bouquet de fleurs. Le professionnel de santé collecte des informations sur l'ambivalence, les difficultés et les craintes de son patient (*les fleurs*) puis les restitue dans leur intégralité à ce dernier (*bouquet*) afin qu'elles prennent sens à ses yeux (*«Le dépistage est une bonne option, cela rassurerait vos proches et vous-même quelque part, et en même temps, vous n'avez pas confiance dans ce dispositif car votre médecin le critique et ça vous fait peur.»*).

2.2.3.1.2. Techniques et méthodes directives

Le résumé et l'écoute réflexive ne sont pas des outils exclusivement réservés à une écoute empathique. Ils contribuent également à la directivité de l'entretien. Par leur appui, le soignant propose l'orientation qu'il juge la plus adaptée afin de guider son patient dans la résolution de son ambivalence vers le changement. A la fin du résumé, il peut ainsi s'assurer de sa propre compréhension (*«Êtes-vous d'accord avec ce que je viens de dire ?»*), explorer davantage l'une ou l'autre facettes de la motivation intrinsèque de son client (*«Quoi d'autre? A l'inverse, que changeriez-vous à votre situation actuelle ?»*) ou bien clarifier certaines ambiguïtés (*«Qu'est-ce qui vous gêne dans ce dispositif ?»*).

Les échelles de confiance et d'importance évoquées tantôt peuvent elles-aussi être maniées à des vues directives. Tout d'abord, le *0* n'existe pas sur la graduation (Miller et al., 2007). Lorsque le patient évalue sa motivation au changement dans un intervalle compris entre [*+1* et *+5*], il statue de fait une motivation, aussi minime soit-elle. Qui plus est, quelle que soit la position où il la situe (par exemple à *+2*), le thérapeute pourra guider l'évocation vers la production d'un discours-changement plutôt que vers un discours-maintien (*«Pourquoi pas +1 ? Que vous faudrait-il pour aller à +3 ?»*).

Il est également possible d'employer l'écoute réflexive à cet effet. Les reflets d'amplification ou de minimisation (« *Vous n'aurez jamais de cancer, le dépistage est inutile*») poussent le patient dans ses retranchements (« *Je n'irai pas jusqu'à penser ça »)* afin de lui faire défendre le versant attendu de l'ambivalence ou de l'amener à un nouveau point de vu (« *Il vous arrive donc de vous inquiéter, quels avantages voyez-vous à faire le test ? »).* Tout comme l'exagération, la stratégie de la double-réflexion permet l'exploration vers le changement. Elle met en balance deux propositions émises par la personne afin de lui faire prendre conscience d'une divergence constructive dans son discours (« *Vous ne jugez pas utile de contrôler votre intestin par un dépistage régulier car vous prenez soin de vous, de votre santé et c'est important pour vous*. *En même temps, vous avez peur d'avoir un jour un cancer colorectal*»). L'usage du « mais » est contre-productif. La conjonction occulte et invalide la partie qui la précède, obligeant en cela le patient à se focaliser sur la facette mise en danger de son ambivalence. Le thérapeute préfèrera l'emploi de tournures de coordination telles que « *et en même temps* » ou « *d'un autre côté* ».

Bien d'autres stratégies sont mobilisées dans l'optique de susciter une déclaration d'automotivation. Les plus centrales sont renseignées dans des guides sur la pratique de l'entretien motivationnel. Elles donnent lieu à des mises en situations (Azoulaï, 2003 ; Fortini et Daeppen, 2010 ; Gache et al., 2006 ; Miller et Rollnick, 2006 ; Rollnick et al., 2009 ; Wahab et al., 2008). L'intervenant peut inciter le patient à mener son discours à l'extrême pour renforcer son désir à changer (« *quelle est la pire chose qu'il puisse vous arriver dans votre situation* ») ou lui faire regarder en arrière pour constater les effets passés et présents de sa conduite (« *Comment vous sentiez-vous avant de commencer à fumer ?* »). Il peut encore le faire se projeter dans l'avenir en situation de statu quo ou de changement afin qu'il prenne conscience des conséquences de chaque alternative (« *Si vous décidez de ne pas faire le test, que se passera-t-il selon vous dans deux ans, dans dix ans ?* »).

Des méthodes, plus axées sur la gestion de la résistance contribuent tout autant à l'émergence du discours-changement. Elles se proposent notamment d'encaisser la résistance afin de ne pas l'alimenter, d'apaiser la réactance du patient par l'emphase de sa liberté de décision, de détourner son attention de l'élément problématique (*changement du point de mire*) ou bien de lui en soumettre un nouvel éclairage (*recadrage*).

2.2.3.2. Renforcer le discours-engagement

Le panel de techniques et l'éventail d'outils à disposition caractérisent l'entretien motivationnel uniquement lorsqu'ils servent son esprit et ses principes (Miller et Rollnick, 2009). Ils ont pour vocation de faire émerger le discours-changement du patient en explorant sa motivation intrinsèque (*volonté/capacités*) et en roulant avec sa résistance. Leur finalité sert l'objectif de la première phase de l'entretien motivationnel qui ambitionne la résolution de l'ambivalence du sujet. La seconde phase, quant à elle, correspond au basculement du patient vers l'initiative d'un changement. C'est l'étape préparatoire décrite par Prochaska et DiClemente (1982). Elle s'inscrit en continuité de la première phase et vise à soutenir l'individu dans la poursuite de ses objectifs et la réalisation d'un plan de changement.

2.2.3.2.1. De l'impératif de guetter les signes d'entrée en phase 2

L'intervenant doit impérativement respecter le calendrier de son client, sans le presser ni prolonger inutilement l'exploration de sa motivation intrinsèque. Dans la traduction française

de leur ouvrage, Miller et Rollnick (2006) emploient en ce sens la métaphore du caramel qui ne prend pas ou brûle selon que le cuisinier retire trop tôt ou trop tard la casserole du feu.

Une entrée prématurée en phase 2 risque de compromettre l'adhésion de la personne au changement. Soit parce qu'elle n'en saisit pas l'importance. Soit parce qu'elle ne s'estime pas capable de changer. La précipitation du professionnel de santé est ainsi contre-productive (Lundhal et Burke, 2009). Comme en déduit Monty Roberts :

... si on se comporte comme si on avait seulement quelques minutes devant soi, le changement peut mettre toute une journée à se produire ; alors que si on se comporte comme si on avait toute la journée, cela peut prendre seulement quelques minutes » (Miller et Rollnick, 2006, p. 60).

D'un autre côté, une focalisation prolongée dans l'exploration de l'ambivalence d'un patient pourtant prêt à changer gage de briser son élan, de l'amener à rebrousser chemin. Miller et Rollnick (2009) mettent ainsi en garde contre une utilisation systématique et routinière de la balance décisionnelle. A mauvais escient, l'outil est susceptible d'ouvrir fortuitement les yeux de la personne sur des blocages dont il n'avait pas pris la mesure, les lui renforçant.

Le professionnel doit donc au préalable s'assurer que son patient est prêt à changer. Il doit repérer les signes de cette disposition (*diminution de sa résistance, épuisement de sa focalisation sur le problème, anticipation et questionnement sur le changement*). Le soignant récapitule, fait le point sur l'ensemble des séances et s'enquiert auprès de son patient des pistes que ce dernier aimerait encore explorer.

2.2.3.2.2. La négociation du plan de changement

Une fois entendu sur l'orientation qu'il souhaite donner à son travail, le patient fixe avec son thérapeute des objectifs clairs et réalistes selon une grille et un agenda précis (Ackerman et Hilsenroth, 2003 ; Bernstein et al., 2005). S'il l'estime crucial, le soignant peut circonstanciellement informer son client sur des solutions ou lui conseiller certaines pratiques. Il doit pour ce faire en recueillir la permission et suivre un schéma dialectique codifié (*demander-fournir-demander, délivrer-vérifier-délivrer*) afin de ne pas tomber dans le piège de l'expert (Rollnick et al., 2009). Le plan de changement négocié rappelle les raisons qui ont motivé l'individu à engager le changement. Il envisage les différentes options d'actions

prévues, la planification de leur initiation ainsi que le type et les formes de soutien à disposition pour assurer la réussite et le maintien du changement. Comme pour l'intention planifiée (Prestwich et al., 2005 ; Schweiger-Gallo et Gollwitzer, 2007), le patient anticipe les indices d'action. Il prévoit les obstacles et se prépare à la manière de les surmonter.

Tout au long de l'étape, le professionnel de santé cherche à obtenir un engagement verbal ou *discours-engagement* de la part du client. L'engagement est renforcé par la valorisation de l'autonomie de la personne (*« vous n'êtes pas forcé de prendre votre décision maintenant mais quand vous vous sentirez prêt »*) tout comme par le contexte d'approbation (*décision publique, orale ou écrite, directe ou indirecte*). Contrairement au DCRB, le discours-engagement prédit l'adoption effective du changement (Amrhein et al., 2003 ; Hettema et al., 2005). Il favorise le maintien de la conduite dans le temps (Putnam, Finney, Barkley et Bonner, 1994). Pour Amrhein et ses collaborateurs (2003), l'effet relève plus de l'intensité du langage d'engagement que de sa fréquence. Il scelle la décision de l'individu, l'ancre dans une dynamique endo-déterminée de changement à un point tel qu'il vivra mal les situations le mettant en position de ne pas tenir ses obligations. La production de premières initiatives ou *premiers pas* dans la direction du changement cristallise tout autant le sujet dans cette orientation (Miller et al., 2007).

2.2.4. L'entretien motivationnel sur le terrain

Né du champ de l'alcoologie, l'entretien motivationnel diminue la résistance des patients au sevrage et prévient plus favorablement leur rechute (Miller et al., 1993). Le style d'intervention se révèle tout autant efficace pour optimiser les tentatives de désaccoutumance tabagique (Butler et al., 1999), limiter la consommation de drogue des usagers et renforcer leur abstinence (Bernstein et al., 2005 ; Miller, Yahne et Tonigan, 2003) ou encore inculquer aux enfants avec de meilleurs résultats une façon de gérer leur diabète (Channon et al., 2007 ; Channon, Smith et Gregory, 2003). La pratique dispose qui plus est d'un bon retour de la part du patient (Baer et al., 2007 ; Channon et al., 2007 ; Wahab et al., 2008) comme de l'intervenant (Butler et al., 1999).

Les méta-analyses sur l'entretien motivationnel attestent de son coût-efficacité. Ce comparativement à des interventions cliniques plus classiques ou confrontationnelles (Hettema et al., 2005 ; Hettema et Hendricks, 2010 ; Jensen et al., 2011 ; Lundhal et al., 2010 ; Lundhal et Burke, 2009 ; Rubak, Sandboek, Lauritzen et Christensen, 2005).

2.2.4.1. Conditions et effets de l'intervention

L'entretien motivationnel permet de mobiliser la motivation intrinsèque d'une personne à changer, que ce soit en lui faisant prendre conscience de l'importance d'un changement ou de ses aptitudes à le réaliser (Channon et al., 2007). Le style est facilitant. Il aide le patient à gravir un à un les stades définis par Prochaska et DiClemente (1982) (Channon et al., 2003). La méthode demeure efficace pour soutenir des individus au stade de préparation, d'action ou de maintien. Elle reste pourtant particulièrement appropriée et effective auprès des personnes en pré-contemplation ou en contemplation (Butler et al., 1999 ; Miller et al., 2003) les moins initialement motivées à changer (Hettema et al., 2005 ; Hettema et Hendricks, 2010). L'art motivationnel n'opère cependant que si le bénéficiaire formalise une demande (Lundhal et al., 2010). D'où la nécessité de recentrer instamment la démarche sur les intérêts du patient.

L'entretien motivationnel donne des résultats précoces. Entre deux et quatre sessions (Couzigou et al., 2009 ; Hettema et al., 2005 ; Lundhal et Burke, 2009 ; Rubak et al., 2005) de trente minutes à une heure (Couzigou et al., 2009 ; Hettema et Hendricks, 2010 ; Rubak et al., 2005) suffisent à engager le changement. Quelques mois d'intervention sont nécessaires en moyenne (Couzigou et al., 2009 ; Hettema et al., 2005 ; Hettema et Hendricks, 2010). D'où l'intérêt des adaptations brèves de l'entretien motivationnel ou *Brief Motivational Interviewing* (BMI) (Bernstein et al., 2005 ; Lundhal et Burke, 2009). A efficacité sensiblement égale, l'entretien motivationnel requiert un coût en temps et en énergie amplement inférieur à celui encouru pour des modes d'interventions plus usuels (Lundhal et al., 2010 ; Lundhal et Burke, 2009). Ses effets sont importants quelle que soit la thérapie (Horvath et Symonds, 1991). Ils surviennent principalement à court terme et durent dans le temps (Jensen et al., 2011) jusqu'à parfois même deux à trois ans après la prescription (Lundhal et al., 2010 ; Lundhal et Burke, 2009).

Hettema et son équipe nuancent cependant l'efficacité de la méthode. Pour eux, les effets de l'entretien motivationnel s'estompent rapidement (Hettema et al., 2005). La faute, s'il en est, reviendrait à la discontinuité du sentiment d'efficacité personnelle. Lequel subirait des micro-rechutes constantes (Marshall et Biddle, 2001). Un suivi apparaît donc nécessaire dans l'esprit des auteurs (Hettema et al., 2005 ; Rubak et al., 2005). Si l'entretien motivationnel peut être utilisé seul, il apparaît plus prudent d'adjoindre à sa pratique le concours d'autres modalités d'interventions (Lundhal et Burke, 2009 ; Miller et Rollnick, 2009). Ce telles que par exemple les approches cognitivo-comportementales (TCC) ou pharmacologiques.

2.2.4.2. Préconisations d'usage et défense de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est très codifié, même si aucun brevet n'en restreint l'usage ou l'appellation. Nombreuses sont pourtant les adaptations de l'approche (ou AEM) à revendiquer leur filiation à la pratique sans toutefois en respecter dûment les préceptes (Lécailler et Michaud, 2004). Outre la dispense de formations, les organes officiels tels que le MINT ou l'AFDEM proposent en ce sens de mettre à disposition des professionnels un moyen valide de caractériser leur style d'intervention. Ces outils, recensés et mis à jour par le CASAA (*Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions*) au Nouveau-Mexique officient via la cotation d'entretiens enregistrés. Le *Motivational Interviewing Treatment Integrity* (MITI) développé par Moyers, Martin, Manuel, Miller et Ernst (2003) statue du profil de l'entretien en l'arguant des aptitudes et des réactions exprimées lors de la séance par le thérapeute. Le manuel de codage des compétences en entretien motivationnel (*Manual for the Motivational Interviewing Skill Code)* ou MISC (Miller, Moyers, Ernst et Amrhein, 2008 ; Moyers, Miller et Hendrickson, 2005) adopte le même référentiel que le MITI mais analyse tout autant les indices chez le patient.

Les adaptations brèves de l'entretien motivationnel (BMI) servent par exemple à bon escient l'orientation de la méthode. Elles suivent selon Couzigou et collaborateurs (2009) les six critères essentiels mis en exergue par Miller et Rollnick (1991) ainsi que Bien, Miller et Tonigan, (1993). Ces fondements sont regroupés sous l'acronyme de FRAMES (*Feedback, Responsability, Advice, Menu strategies, Empathy, Self-efficacy*), soit REAGIR en français (*Repérage du stade de motivation, Empathie, Avis, Gestion adaptée de l'intervention, Influence positive, Responsabilisation*). Ils renvoient sensiblement à ceux retraçant l'esprit et les principes motivationnels.

Plus qu'un entrelacs de techniques et d'outils, l'entretien motivationnel constitue avant tout un état d'esprit qui s'acquière avec la pratique (Miller et Rollnick, 2009) et une formation supervisée (Channon et al., 2003 ; Hettema et Hendricks, 2010 ; Wahab et al., 2008). Les intervenants présentent des niveaux de compétences variables dans leur utilisation de l'entretien motivationnel, ce qui compromet la standardisation des résultats d'une étude à l'autre (Hettema et al., 2005 ; Rubak et al., 2005). Il n'y a cependant ni bonne ni mauvaise façon de le pratiquer. L'essentiel étant de ne pas perdre de vue l'adaptation de l'intervention au patient. Employer l'entretien motivationnel comme une technique invariable et systématique quel que soit le client se révèle en ce sens contre productif (Menon et al., 2011).

Tout comme l'enfermement dans une trame, un manuel ou un guide d'entretien (Hettema et al., 2005 ; Lundhal et al., 2010 ; Lundhal et Burke, 2009 ; Miller et al., 2003 ; Miller et Rollnick, 2009 ; Wahab et al., 2008).

D'un aspect éthique, Miller et Rollnick rappellent aux professionnels de santé que l'entretien motivationnel n'est pas « *un moyen de duper les personnes pour les amener à faire ce qu'elles ne veulent pas faire* » (Miller et Rollnick, 2009, p. 3). Il n'a pas non plus été pensé pour qu'ils le détournent à cet usage. Le changement incombe au patient. Le thérapeute facilite l'émergence d'une motivation déjà présente chez lui. Il ne saurait en aucun cas l'édifier artificiellement. Les auteurs ajoutent que l'entretien motivationnel ne se réalise pas *sur* mais *avec* ou *pour* une autre personne.

3. Intérêt de l'outil au regard des objectifs de l'étude et hypothèses théoriques

3.1. Hypothèse sur l'optimisation du processus décisionnel

L'entretien motivationnel est un style directif centré sur le client. Il respecte le cadre de référence du patient, roule avec la résistance au lieu de la confronter et permet de satisfaire la personne avec sa prise de décision (Baer et al., 2007 ; Wahab et al., 2008). La pratique aide le patient à prendre conscience des tenants et aboutissants de chaque aspect de la balance décisionnelle. Elle l'accompagne dans la réduction de son ambivalence et le guide vers une prise de décision en adéquation avec sa motivation intrinsèque (Channon et al., 2003). Plus généralement, prodiguer un conseil adapté permet de faire évoluer la personne dans sa prise de position par rapport au changement (De Vries et al., 2003 ; Huver, Engels et De Vries Prochaska et DiClemente, 1982 ; 1983 ; Weinstein, 1988). Soit :

↳ *L'hypothèse théorique H1*. Il existe un impact de la procédure de conseil sur la qualité du processus de décision.

3.2. Hypothèses sur l'amélioration de la participation ajustée

Les méta-analyses admettent de manière consensuelle que l'entretien motivationnel revêt une efficacité supérieure aux conseils éducatifs classiques pour susciter l'adhérence (Hettema et al., 2005 ; Lundhal et al., 2010 ; Lundhal et Burke, 2009). La forme est qui plus est adaptable au téléphone. Elle donne de très bons résultats sur le sevrage tabagique (Leed-Kelly, Russell, Bobo et McIlvain, 1996) mais aussi sur la participation au dépistage organisé

du cancer colorectal (Menon et al., 2011 ; Wahab et al., 2008 ; White et al., 2006) et du cancer du sein (Costanza et al., 2009 ; Ludman et al., 1999b). Prochaska et consorts (2001) établissent qu'un conseil téléphonique ajusté multiplie par 2 sur le long terme l'efficacité des approches classiques

Le conseil téléphonique est lui-même un atout comparé à l'approche postale. Il autorise un échange direct, alors recommandé (Holden et al., 2010 ; Jason et al., 1984 ; Short, Williams et Christie, 1976) car plus efficient (Legler et al., 2002 ; Ryu et al., 2008). Le conseil téléphonique permet une intervention individualisée, plus effective que la sensibilisation uniforme de masse (Dignan et al. 1994 ; Hewitson et al., 2011). L'entretien peut être mené directement par un professionnel de santé dont nous savons la recommandation particulièrement suivie (Holden et al., 2010 ; Menon et al., 2011 ; Streltzer et Koch, 1968 ; Zajac et al., 2011) et prédictive de l'adhérence au dépistage (Tanner-Smith et Brown, 2010 ; Karwalajtys et al., 2006). Associer le recours aux appels et aux lettres permet de renforcer l'adhérence au dépistage (Saywell et al., 1999 ; Saywell, Champion, Skinner, Menon et Daggy, 2004). La méta-analyse de Rimer et Lipscomb (2000) pointe même une efficacité accrue du conseil téléphonique par rapport aux interventions postales traditionnelles. L'appel est plus rentable que le recours aux lettres (Majowicz et al., 2004). Il permet d'amener davantage de femmes à réaliser une colposcopie suite à un FCU positif (*frottis cervico-utérin*) (Miller et al., 1997). Il va même jusqu'à tripler le suivi de la mammographie (King et al., 1994). Soient :

↳ *L'hypothèse H2.* La stratégie d'intervention (approche postale / téléphonique) a un impact sur la remontée des exclusions.

↳ *L'hypothèse H3.* La procédure de conseil (conseil simple / entretien motivationnel) a un impact sur la participation ajustée.

↳ *L'hypothèse H4.* La stratégie d'intervention (approche postale / téléphonique) a un impact sur la participation ajustée.

3.3. Compréhension des facteurs de participation

D'un point de vue expérimental et statistique, le conseil téléphonique optimise le retour des prospects (Edwards et al., 2002 ; Heranney, Fender, Velten et Baldauf, 2011). La compatibilité d'utilisation du téléphone avec l'outil informatique (*système CATI*) facilite d'un

autre côté la gestion du recueil des données numériques et leur standardisation (Herraney et al., 2011 ; Miller et al., 2005 ; Velicer et Prochaska, 1999). Le recours au logiciel CATI nous permettra dès lors de mieux organiser l'enquête descriptive et donc d'avoir plus de matière pour dresser d'éventuels profils de participation.

4. Conformité de la stratégie aux principes théoriques du modèle articulateur

En théorie, nous avons vu que les campagnes de promotion doivent s'entourer de quelques précautions d'usage pour être rendue efficientes. La *table 3* détaille de quelle manière l'entretien motivationnel satisfait auxdits principes d'amélioration (*leviers*).

Table 3. Correspondance entre les principes du modèle articulateur et ceux découlant de l'esprit de l'entretien motivationnel

1)	***La communication doit être accessible pour être pertinente.***
	- Employer les techniques OuVER pour intéresser le patient lorsqu'il n'est pas en demande.
	- Centrer l'entretien sur le client.
	- Accepter son cadre de référence de manière inconditionnelle.
	- Respecter le calendrier du patient, ajuster l'intervention à son stade de changement.
	- Utiliser les techniques OuVER pour s'assurer de sa compréhension.
2)	***La communication doit pouvoir susciter ou réactiver un inconfort motivant.***
	- Faire émerger la motivation intrinsèque du patient (discours préparatoire DCRB).
	- Dresser la balance décisionnelle et cibler ses motivations conflictuelles (attraction-attraction, etc.).
	- Explorer l'ambivalence qui le motive à un besoin de régulation non spécifique.
3)	***La communication doit savoir appuyer et soutenir les vecteurs du changement.***
	- Résoudre l'ambivalence du patient en direction du changement.
	- Valoriser la déclaration d'automotivation (discours changement).
	- Valoriser l'efficacité personnelle du patient.
	- Valoriser le discours-engagement et les premiers pas du client.
	- Négocier avec lui un plan de changement (objectifs ajustés, anticiper les imprévus, les soutiens).
4)	***La communication doit veiller à ne pas induire d'inconfort délétère au changement.***
	- Susciter et maintenir l'alliance thérapeutique (valoriser l'autonomie, la collaboration, être optimiste).
	- Prévenir la résistance (ne pas éduquer, blâmer, forcer la main, ou encore adopter un réflexe correcteur).
	- Rouler avec la résistance au lieu de la confronter (recadrer, encaisser, changer de point de mire, etc.).
	- Demander la permission expresse au patient avant de l'informer ou de le conseiller.
	- Ne pas résoudre l'ambivalence en direction du discours-maintien.
5)	***La communication doit faire émerger les tensions incompatibles avec le statu quo.***
	- Créer et amplifier une divergence (dissonance) dans le cadre de référence du patient (valeurs, actes).
	- Renforcer son engagement de sorte à cristalliser sa décision.

La communication doit notamment être accessible, adaptée à la compréhension du sujet (Lieberman, 2001 ; Ramelson, Friedman et Ockene, 1999). C'est-à-dire être préférentiellement encadrée (Vaughan, Regis et St.Catherine, 2000). L'entretien motivationnel permet ici un conseil personnalisé, ajusté au stade de changement de l'individu donc plus pertinent (*principe 1*). L'entretien motivationnel aide aussi l'individu à prioriser, taire et temporiser certaines de ses motivations pour la plupart adverses et paralysantes (*peur du cancer, peur du dépistage*). Il fonctionne de sorte à renforcer les capacités d'autorégulation de la personne, lesquelles lui permettent d'insuffler une nouvelle définition à sa hiérarchie d'inconforts, or donc de lui donner une occasion de résoudre son ambivalence dans le sens du changement (*principe 2 et 3*). L'individu prend ainsi conscience d'une motivation intrinsèque à se faire dépister. Ce à plus forte raison que l'esprit motivationnel le place en tant qu'acteur des décisions qui le concernent en obviant tout particulièrement l'expression de sa résistance (*principe 4*) et en lui faisant considérer certaines de ses régulations actuelles comme inefficientes et inadaptées avec sa motivation autonome (*e.g. vouloir prendre soin de sa santé et ne pas se faire dépister*) (*principe 5*).

II. Méthode

Le programme Cotelco est une étude randomisée contrôlée telle que définie par le *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) d'Altman et collaborateurs (2001) (Brindel, Tournoux, Jais et Landais, 2006). L'action se greffe sur le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Elle s'inspire des études américaines menées par l'équipe de Costanza sur le cancer du sein (Costanza et al., 2009) et celui du gros intestin (White et al., 2006). Trois bras sont opérationnalisés :

- *Un groupe contrôle* (GC) suivant les modalités d'invitation et d'exclusion définies par le cahier des charges national. En Alsace, la stratégie compte une invitation postale à T_0 suivie de relances R_1, R_2^{+test} et R_3 à respectivement T_{+6mois}, $T_{+10\ mois}$ et $T_{+12\ mois}$.
- *Un groupe expérimental* (GE) pour lequel la relance R_2^{+test} se voit substituée par un entretien téléphonique simple ou motivationnel préalable à l'envoi du test.

1. Participants

L'échantillon se base sur un prévisionnel de 277 388 individus invités entre mars et décembre 2010. Parmi eux, 175 961 devraient être éligibles à la R_2^{+test} statuée entre janvier et

octobre 2011. Une première randomisation est dès lors effectuée au sein de la population n'ayant jamais fait le test (*non participante*) ou l'ayant fait une fois sans le refaire (*non fidélisée*). Le ratio est de 2/1/1 entre les groupes contrôle et téléphoniques.

Un effectif théorique de 20 000 sujets est ainsi attribué à chaque groupe. Soient 10 000 sujets assignés aux entretiens simples et 10 000 aux motivationnels. La taille de l'échantillon est volontairement conséquente de sorte à rendre possible l'analyse coût-efficacité des diverses approches. La population rassemble au final des hommes et des femmes âgées entre 50 et 75 ans. Le Haut-Rhin et le Bas-Rhin y sont représentés par une dizaine de cantons urbains et ruraux.

Certaines personnes contactées ne feront pas le test dans le mois suivant l'envoi du kit au domicile. Une deuxième randomisation établira dès lors parmi ces personnes un groupe additionnel où le courrier R_3 sera remplacé ou non par une seconde relance téléphonique.

2. Procédure

2.1. Outils

2.1.1. Dispense d'un conseil simple ou motivationnel

Le conseil simple teste un style basé sur l'éducation et la sensibilisation. Le conseiller dispose d'une planche récapitulative (*cf. annexes*) et d'un argumentaire détaillé (*cf. annexes*) réalisés au cours d'une pré-enquête de terrain. Il les adapte en fonction des objections, des remarques et des questionnements de la personne. Le professionnel de santé informe l'individu sur le cancer colorectal ainsi que sur les polypes (*épidémiologie*). Il l'éveille au risque que la maladie représente et défend sans en omettre les limites la nécessité d'un recours régulier au dépistage. In fine, le conseiller présente le test Hemoccult®. Il fournit à la personne des informations pratiques sur sa réalisation.

En place de la partie éducation, le conseiller du groupe entretien motivationnel interagit avec la personne selon les principes recensés par Ackerman et Hilsenroth (2003) qui convergent vers un respect de l'alliance thérapeutique. L'intervenant tente de faire émerger l'ambivalence du sujet vis-à-vis du dépistage. Il la résout avec lui dans le sens de la réalisation du test. Le sujet peut à sa convenance fractionner l'entretien en plusieurs séances téléphoniques. Le conseiller n'informe qu'avec la permission expresse de son interlocuteur (cf. annexes). Il fait montre d'une acceptation inconditionnelle de ses propos.

2.1.2. Programmation des entretiens téléphoniques

Pour mener à bien l'étude Cotelco, un partenariat est mis en place avec le groupe Edfield à Strasbourg. La structure s'est spécialisée dans le télémarketing et les enquêtes téléphoniques assistées par ordinateur (CATI). Hors de question néanmoins de confier les entretiens à des téléprospecteurs pour des raisons de confidentialité, de praticité et d'éthique. L'étude ayant par ailleurs pour but d'évaluer le conseil d'un professionnel de la santé. Le groupe Edfield ne prêtera donc son expertise qu'à la gestion technique des appels (*recherche des téléphones, mise à jour des données collectées lors des entretiens*).

Le conseil simple et l'entretien motivationnel se basent tous deux sur un même support CATI. L'objectif est de faciliter la communication des données entre la base médicale (*Movibase*), la base intermédiaire (*Base_Cotelco*) et la base d'appel gérée par Edfield (*Base_adresses sise*). Le logiciel CATI autorise en outre un recueil et un codage plus fiable des données. Le conseiller se voyant contraint de renseigner chaque question pour avancer dans son argumentaire. Le logiciel permet qui plus est à l'intervenant de disposer de toutes les informations utiles à son entretien (*date de naissance du bénéficiaire, dernier test réalisé*). Ce dernier n'a dès lors qu'à se laisser guider par l'algorithme prédéfini du prompteur.

2.1.3. Calendrier des appels

L'enquête tient place entre mars 2011 et mai 2012. Soient 14 mois consacrés aux entretiens téléphoniques. Les sujets sont inclus mensuellement dans l'étude à la date d'envoi théorique de leur relance R_2^{+test}. Ils ne reçoivent donc ni le courrier, ni le kit de prélèvement. La population reste dans la base d'appel pour une période maximale de 4 mois. Après quoi, les individus toujours pas contactés sortent de la base et reçoivent automatiquement la R_2^{+test}. L'étude ne leur porte ainsi pas préjudice. Les entretiens en cours (*rappels*) peuvent néanmoins être reportés au-delà de cette délimitation et ce jusqu'à leur terme.

2.1.4. Embauche et formation des conseillers

Le projet prévoit le recrutement à temps plein de trois professionnels de santé auxquels la population cible pourra aisément s'identifier (*même tranche d'âge, même maturité*). L'embauche tient lieu en novembre 2010. Quatre conseillers intègreront l'équipe d'ADECA Alsace, soient deux temps pleins (*un éducateur et une infirmière*) et deux mi-temps (*toutes deux infirmières, dont une exercée à la pratique de l'entretien motivationnel en alcoologie*).

Avec notre contribution à mi-temps et la démission prématurée de l'éducateur spécialisé, les entretiens seront en définitive menés par 2,5 salariés à temps complet.

Les conseillers téléphoniques sont formés en interne au dépistage organisé du cancer colorectal (*fonctionnement, histoire naturelle, épidémiologie, présentation des dépistages*). Le groupe Edfield les a ensuite initiés à la réalisation des interviews téléphoniques (*utilisation du CATI, formation et supervision en télémarketing*). Conjointement, les conseillers suivent une formation reconnue en entretien motivationnel par le biais de l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM).

De novembre 2010 à janvier 2011, les conseillers se sont exercés à la pratique à travers des simulations d'entretiens. Ces dernières ont été supervisées par un formateur de l'AFDEM ainsi que par un des responsables d'ADECA Alsace, praticien de l'entretien motivationnel, lequel a collaboré avec le Dr. Guy Azoulaï.

2.2. Mesures

Afin d'épauler les conseillers, une trame d'appel est configurée sur système CATI tant pour le conseil simple que pour l'entretien motivationnel. Le logiciel affiche les questions. Il programme la suite de l'interview en fonction de la réponse saisie par l'appelant. Les algorithmes sont disponibles en annexes. Ils sont construits de sorte à mettre à l'épreuve des faits les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'étude Cotelco.

2.2.1. Opérationnalisation de l'objectif 1

L'étude cherche en premier lieu à évaluer l'impact du conseil téléphonique sur l'optimisation du processus décisionnel. Ce conseil est ajusté au stade du sujet par rapport au changement.

Pour le révéler, nous nous inspirons d'une adaptation du modèle processuel d'adoption d'une précaution (PAPM) opérée par Costanza et ses collaborateurs (Costanza et al., 2009 ; LaPelle et al., 2008) qui subdivise et spécifie plus encore les stades 4 (*décide de ne pas adhérer*) et 5 (*décide d'adhérer*) de la classification de Weinstein (1988). L'échelle est mise en phase avec le dépistage organisé du cancer colorectal. Elle aboutit dès lors à une mesure plus précise que ne le permettrait la conception transthéorique du changement (*cf. table 4*). Les stades 6 (*action*) et 7 (*maintenance*) ne sont pas opérationnalisables dans notre situation.

L'appel ne peut en effet aboutir qu'à la délivrance du test Hemoccult®. Il ne garantit nullement sa réalisation effective par le bénéficiaire au moment du codage.

Le repérage du PAPM est opéré en début d'entretien, soit un *PAPM_initial* introduit par la question « *Juste avant que je vous appelle, quelle était votre opinion vis-à-vis du dépistage du cancer de l'intestin ?* » ou « *d'après ce que j'ai compris, juste avant que je vous appelle, vous…* ». Un deuxième ciblage en fin d'entretien, soit un *PAPM_final*, permet d'apprécier la possible évolution du sujet au cours de l'entretien. Le classement est amené par la proposition suivante : « *... suite à notre conversation et aux informations que je vous ai données, j'aimerais savoir où vous en êtes maintenant : avez-vous changé d'opinion vis-à-vis du dépistage ? Parmi les propositions suivantes, laquelle correspond le mieux à votre opinion maintenant ?* ».

La variable indépendante est donc ici la procédure de conseil (*conseil simple versus entretien motivationnel*). La variable dépendante, quant à elle, est le stade PAPM_final (*soient les PAPM 1, 2, 3, 4a, 4b, 5a, 5b, 5c et 5d*). Nous pensons que l'entretien motivationnel téléphonique permet de mieux appréhender la résistance que le conseil simple, donc de faire davantage évoluer le sujet par rapport à sa prise de position initiale. Soit l'hypothèse opérationnelle :

↳ *Hypothèse H1*. Il existe un impact de la procédure de conseil sur le processus décisionnel. L'évolution du PAPM entre le relevé initial et le relevé final sera significativement plus marquée pour l'entretien motivationnel que pour le conseil simple.

Table 4. Classement par stade selon une adaptation du Précaution Adoption Process Model (PAPM) de Weinstein (1988)

↳ **PAPM 1**	***Non conscience du problème (Unaware) : [IGNORANT]***
	« n'a jamais entendu parler du dépistage du cancer de l'intestin »
↳ **PAPM 2**	***Non préoccupation (Not concern / Unengaged) : [NON CONCERNE]***
	« ne se pose pas la question de se faire dépister […] ne s'en soucie pas […] en a entendu parler mais s'en fiche »
↳ **PAPM 3**	***Acceptation de la susceptibilité personnelle mais indécision (Undecided / Deciding) : [INDECIS]***
	« y réfléchit […] se pose la question […] s'y intéresse mais n'a pas encore pris de décision »
↳ **PAPM 4**	***Décision de refus (Deciding no) : [DECIDE DE NE PAS FAIRE LE TEST]***
	4. a. « dit ne jamais vouloir le faire »
	4. b. « pourra changer d'avis »
↳ **PAPM 5**	***Décision d'action (Deciding yes) : [DECIDE DE FAIRE LE TEST]***
	5. a. « sans date mais dans *plus* de 3 mois »
	5. b. « sans date mais dans *moins* de 3 mois »
	5. c. « avec date mais dans *moins* de 3 mois »
	5. d. « avec date mais dans *plus* de 3 mois »

2.2.2. Opérationnalisation de l'objectif 2

L'étude cherche à évaluer dans un second temps l'impact de l'intervention sur l'adhérence du public cible au dépistage. Elle vise à déterminer si la stratégie d'intervention (*postale ou téléphonique*) induit un effet sur la participation et si tel est le cas, quelle procédure de conseil (*simple ou motivationnel*) se révèle la plus efficace à cette initiative.

La variable dépendante est la participation ajustée. Le taux ajusté se calcule selon un rapport $N^{\text{dépistés}} / (N^{\text{sujets cibles}} - N^{\text{exclusions}})$ soit $N^{\text{dépistés}} / N^{\text{sujets éligibles}}$. Il recouvre donc le pourcentage d'inéligibilités médicales remontées (*exclusions*) et le pourcentage de tests faits (*participation brute*). Sitôt après l'amorce, le conseiller s'assure donc que le sujet est éligible à l'étude ainsi qu'au dépistage organisé du cancer colorectal. Il vérifie que :

- *Le dernier test de recherche de sang occulte dans les selles réalisé est bien supérieur à 2 ans.* Sont écartés de l'étude les tests en cours d'analyse ou assurés en dehors du programme de dépistage organisé (démarche de détection individuelle).
- *L'individu n'a pas suivi de coloscopie récemment.* Sont exclus temporairement à partir de leur date d'examen les sujets ayant passé l'endoscopie il y a moins de 5 ans ; ces derniers ayant déjà réalisé l'examen complémentaire à un Hemoccult® positif.
- *La situation du sujet ne revêt pas un caractère d'exclusion médicale à la campagne.* ADECA Alsace n'a accès dans cette situation qu'aux informations renseignées par le médecin, le patient ou l'entourage. Les individus à risque élevé de cancer colorectal (*cf. figure 12*) relèvent d'un dépistage régulier par coloscopie et non par le test. Une symptomatologie digestive récente conduit à un bilan plus poussé par fibroscopie. Sont également exclus temporairement voire définitivement avec l'accord de leur médecin les personnes en incapacité médicale à faire le test.

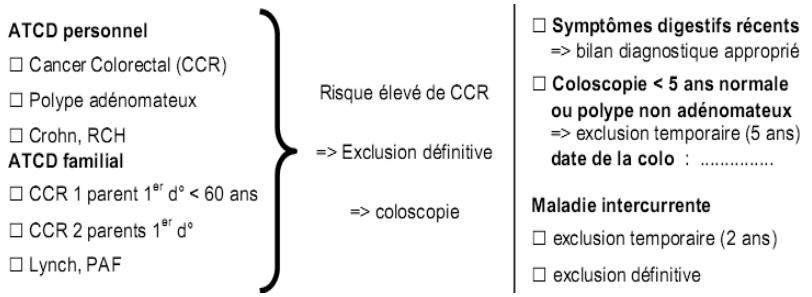


Figure 12. Critères d'inéligibilité extraits du carnet de prescriptions et d'exclusions des patients

Nous nous attendons à ce que le conseil téléphonique améliore le taux de retour des exclusions par rapport à l'approche postale et qu'il motive davantage l'adhérence aux recommandations en analyse per protocole [$N^{dépistés}$ / ($N^{contactés}$- $N^{exclusions}$)] comme en intention de traiter [$N^{dépistés}$ / ($N^{randomisés}$- $N^{exclusions}$)]. Nous nous attendons également à ce que le bénéfice soit supérieur avec l'entretien motivationnel qu'avec le conseil simple. Soient les hypothèses opérationnelles suivantes :

↳ *Hypothèse H2.* La stratégie d'intervention a un impact sur la remontée des exclusions. Le pourcentage de retour sera significativement plus important pour le groupe téléphone que pour le courrier.

↳ *Hypothèse H3.* La procédure de conseil a un impact sur la participation ajustée per protocole. Le pourcentage de tests faits sera significativement plus important pour le groupe entretien motivationnel que pour le conseil simple.

↳ *Hypothèse H4.* La stratégie d'intervention a un impact sur la participation ajustée per protocole. Le pourcentage de tests faits sera significativement plus important pour le groupe téléphone que pour le courrier.

↳ *Hypothèse H5.* La stratégie d'intervention a un impact sur la participation ajustée en intention de traiter. Le pourcentage de tests faits sera significativement plus important pour le groupe téléphone que pour le courrier.

2.2.3. Opérationnalisation de l'objectif secondaire

Le dernier objectif de l'étude vise à profiler les caractéristiques des populations non participantes, participantes et non fidélisées. Un questionnaire d'enquête permet le recueil des données statistiques nécessaires à ces observations. Les critères investigués sont l'âge et le sexe des sujets, la fréquence de leur consultation chez le médecin traitant, le fait que ce dernier leur ait ou non recommandé le test de dépistage, le fait qu'ils aient ou non suivi un autre dépistage (*mammographie, dosage des PSA*) ou encore le cycle PAPM où ils se situent. Le contact donne l'occasion de confirmer les adresses postales. Cela assure un meilleur taux de réception des courriers, un meilleur suivi.

En fin d'interview, le conseiller renseigne via le logiciel CATI les blocages et les leviers à l'adhérence soulevés par le sujet. La grille de recueil des freins est celle de l'argumentaire

employé par conseil simple (cf. annexes). Elle a été conçue à partir d'entretiens de pré-enquête menés au sein de la structure. La grille de recueil des motivations en est également issue (cf. annexes). Elle est organisée d'après la classification théorique du discours changement (*DCRB, engagement et premiers pas*). Les relances téléphoniques à T_{+1mois} de la seconde randomisation ont elles aussi une visée de remontée d'information. Leur usage aide à faire rejaillir les dernières barrières des usagers via une analyse de contenu de leurs commentaires.

III. Résultats

1. Echantillon définitif

1.1. Eligibilité à l'étude

Sur les 49 972 sujets randomisés, 1 559 ont été définis comme inéligibles à l'étude (*3,1%*) en raison d'un certain nombre de motifs (*décès, données ininterprétables etc.*) détaillés dans la figure 13. Les 48 413 individus restants, définissant la population éligible, ont alors été affectés par randomisation dans les différents groupes contrôle (N=19 757), conseil simple (N=14318) et entretien motivationnel (N=14 338) téléphoniques.

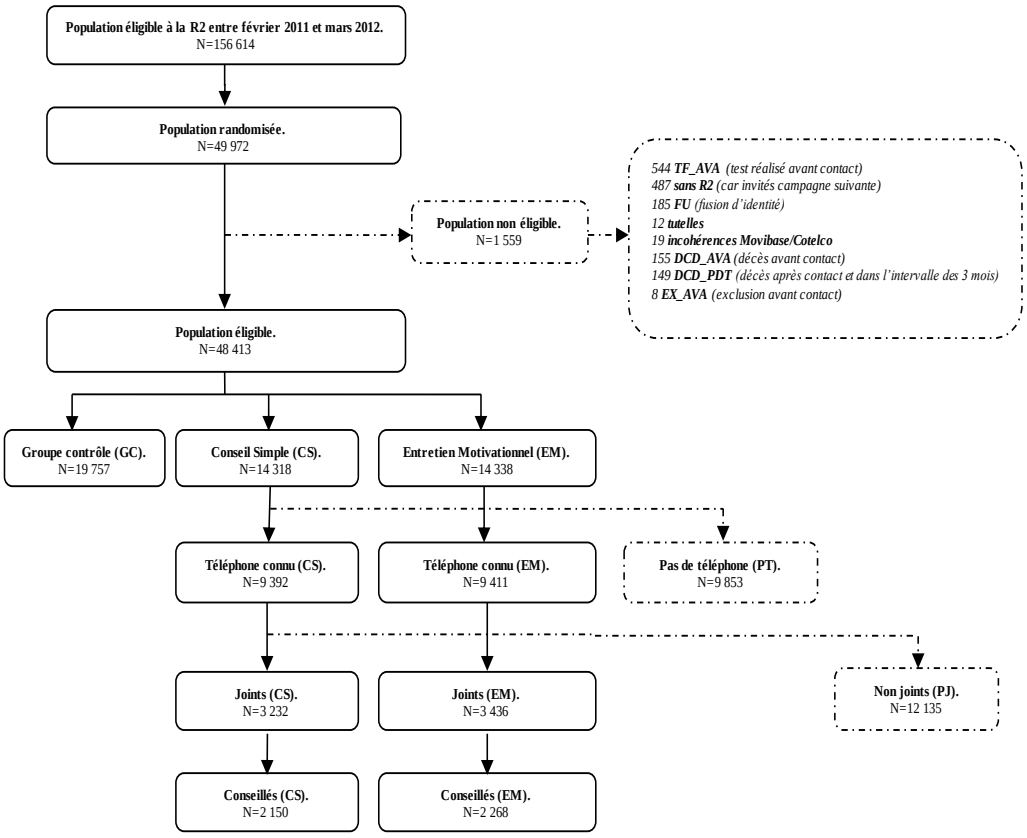


Figure 13. Distribution de la population assignée à l'étude Cotelco

1.2. Groupe téléphone et accessibilité

La recherche de numéros pour le groupe intervention (N=28 656) a permis de renseigner 2/3 des téléphones (N=18 803). Au sein de cette population, seuls 1/4 des individus ont pu être joints (N=6 668) (23,3%) et 1/6 seulement sont restés jusqu'au terme de leur entretien (N=4 418) (15,4%). Soient 2 personnes jointes sur 3.

En moyenne, la durée des entretiens était de 7,5 minutes pour l'entretien motivationnel comme pour le conseil simple. Il fallait 5 appels pour 1 contact téléphonique et 7 appels pour 1 entretien intégral.

2. Statistiques descriptives

2.1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau de contingences 5 représente la répartition des individus d'après leurs caractéristiques sociodémographiques et le protocole dont ils font l'objet. L'analyse Chi-2, détaillée en annexes, montre des écarts significatifs dans cette répartition.

Table 5 Caractéristiques sociodémographiques de la population per protocole

	CS		**EM**		**GC**		***p.***
	n.	***%***	**n.**	***%***	**n.**	***%***	
Sexe.							
Hommes.	1385	*42,9%*	1459	*42,5%*	10027	*50,8%*	*.000****
Femmes.	1847	*57,1%*	1977	*57,5%*	9730	*49,2%*	
Rang âge.							
[âge<55]	757	*23,4%*	853	*24,8%*	5849	*29,6%*	
[55=<âge<60]	722	*22,3%*	803	*23,4%*	5036	*25,5%*	
[60=<âge<65]	719	*22,2%*	748	*21,8%*	4065	*20,6%*	*.000****
[65=<âge<70]	525	*16,2%*	519	*15,1%*	2573	*13,0%*	
[70=<âge<75]	508	*15,7%*	513	*14,9%*	2232	*11,3%*	
[âge=>75]	1	*,0%*		*,0%*	2	*,0%*	
Rang âge spécifique.							
<=60	1489	*46,1%*	1666	*48,5%*	10974	*55,5%*	*.000****
>60	1743	*53,9%*	1770	*51,5%*	8783	*44,5%*	
Département.							
Bas-Rhin (67).	2586	*80,0%*	2661	*77,4%*	15569	*78,8%*	*.037**
Haut-Rhin (68).	646	*20,0%*	775	*22,6%*	4188	*21,2%*	

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

CS=conseil simple ; EM=entretien motivationnel ; GC=groupe contrôle

Le groupe intervention est ainsi constituée d'une proportion de femmes (57,3%>49,2%) χ^2 (1, N=26425) = 130,930 ; p=.000 et de personnes âgées de plus de 60 ans (52,7%>44,5%) χ^2 (1 ; N= 26425) = 135,702 ; p=.000 significativement supérieure à celle du groupe contrôle.

La population est aussi en majorité bas-rhinoise (78,7%) quel que soit le groupe mais de manière plus prononcée dans le conseil simple χ^2 (2, N=26425) = 6,605 ; p=.037.

2.2. Caractéristiques socioéconomiques

Tout comme précédemment, on observe des différences significatives dans la répartition des sujets selon leurs caractéristiques socioéconomiques (table 6). La population jointe par téléphone est ainsi significativement davantage urbaine (78,8%>77,2%) χ^2 (1, N=26179) = 7,707 ; p=.006 et favorisée χ^2 (4, N=26053) = 12,134 ; p=.016 que celle du groupe contrôle.

Table 6. Indices socioéconomiques de la population per protocole

	CS		**EM**		**GC**		***p.***
	n.	***%***	**n.**	***%***	**n.**	***%***	
Régime d'assurance maladie.							
C.P.A.M.	2445	*75,6%*	2571	*74,8%*	15182	*76,8%*	
Fonctionnaires.	336	*10,4%*	385	*11,2%*	1794	*9,1%*	
Lib_independants.	236	*7,3%*	249	*7,2%*	1484	*7,5%*	*.015**
MSA.	119	*3,7%*	117	*3,4%*	728	*3,7%*	
Spéciaux.	89	*2,8%*	103	*3,0%*	520	*2,6%*	
Inconnu.	7	*,2%*	11	*,3%*	49	*,2%*	
European Deprivation Index.							
1 (indice bas).	800	*25,0%*	789	*23,2%*	4308	*22,2%*	
2.	664	*20,7%*	737	*21,7%*	4231	*21,8%*	
3.	446	*13,9%*	453	*13,3%*	2837	*14,6%*	*.032**
4.	487	*15,2%*	554	*16,3%*	3118	*16,0%*	
5 (indice élevé).	805	*25,1%*	869	*25,5%*	4955	*25,5%*	
Zone de résidence.							
Urbaine.	2523	*78,6%*	2692	*78,9%*	15092	*77,2%*	*.020**
Rurale.	685	*21,4%*	718	*21,1%*	4469	*22,8%*	
Superficie de la zone d'habitation.							
Petite.	1102	*34,4%*	1120	*32,8%*	6928	*35,4%*	
Moyenne.	223	*7,0%*	212	*6,2%*	1363	*7,0%*	*.007***
Grande.	1883	*58,7%*	2078	*60,9%*	11270	*57,6%*	

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

CS=conseil simple ; EM=entretien motivationnel ; GC=groupe contrôle

2.3. Adhérence passée

La table 7 illustre le statut de participation antérieure des sujets. De la même manière que pour les autres tableaux, les Chi-2 s'avèrent significatifs et montrent des écarts de répartition entre les groupes, a fortiori entre le groupe téléphone et le groupe contrôle.

Si les sujets du groupe intervention comme du groupe contrôle en sont majoritairement à leur 2ème campagne et ne participent pas, on remarque que les sujets en première invitation sont davantage représentés (19,5%>16,6%) dans la condition classique et qu'il y a légèrement

moins de non-fidélisés (11,7%<13,8%) que dans le groupe téléphone χ^2 (2, N=26425) = 40,463 ; p=.000.

Table 7. Statut de participation antérieure de la population per protocole

	CS		EM		GC		*p.*
	n.	**%**	**n.**	**%**	**n.**	**%**	
Participation à la campagne.							
1ère	520	*16,1%*	585	*17,0%*	3847	*19,5%*	*.000****
2ème	2278	*70,5%*	2324	*67,6%*	13239	*67,1%*	
3ème	88	*2,7%*	108	*3,1%*	600	*3,0%*	
4ème	346	*10,7%*	419	*12,2%*	2041	*10,3%*	
Statut de participation.							
1ère participation.	520	*16,1%*	585	*17,0%*	3847	*19,5%*	*.000****
Non fidélisé.	474	*14,7%*	443	*12,9%*	2307	*11,7%*	
Non participant.	2238	*69,2%*	2408	*70,1%*	13603	*68,9%*	
Délai depuis le dernier test.							
1 an.	1	*,2%*	1	*,2%*	10	*,4%*	*.213*
3 ans.	97	*20,5%*	101	*22,8%*	424	*18,4%*	
4 ans.	310	*65,4%*	264	*59,6%*	1503	*65,1%*	
5 ans.	11	*2,3%*	20	*4,5%*	124	*5,4%*	
6 ans.	13	*2,7%*	17	*3,8%*	55	*2,4%*	
7 ans.	31	*6,5%*	26	*5,9%*	122	*5,3%*	
8 ans.	8	*1,7%*	11	*2,5%*	53	*2,3%*	
9 ans.	2	*,4%*	2	*,5%*	15	*,6%*	
10 ans.	1	*,2%*	1	*,2%*	4	*,2%*	
Dernier résultat.							
Négatif.	460	*97,0%*	431	*97,3%*	2192	*94,9%*	*.018**
Non analysable.	14	*3,0%*	12	*2,7%*	118	*5,1%*	

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

CS=conseil simple ; EM=entretien motivationnel ; GC=groupe contrôle

3. Vérification de l'hypothèse H1 sur l'évolution décisionnelle

Nous faisions l'hypothèse que l'évolution du PAPM entre le relevé initial et le relevé final serait significativement plus marquée pour l'entretien motivationnel que pour le conseil simple.

En début d'entretien, les sujets sont dans l'ensemble indécis quant à leur décision de pratiquer ou de ne pas pratiquer le test Hemoccult® (46%), voire ne s'estiment pas concernés par le risque de cancer colorectal (22,1%) (cf. table 8).

En fin d'entretien, ils déclarent en majorité vouloir planifier le test dans les trois mois, et ce dans l'absolu (54,4%) ou avec une date déterminée (21,4%). Les résultats tendent ainsi à montrer un effet du conseil ajusté dans l'évolution des sujets vers le changement.

Table 8. Evolution du stade P.A.P.M. avant et après le conseil téléphonique

	PAPM.									
	1	**2**	**3**	**4a**	**4b**	**5a**	**5b**	**5c**	**5d**	***p.***
Stade initial.										
CS.	2,7%	20,8%	46,9%	6,3%	4,6%	,2%	6,0%	12,3%	,3%	*.365*
EM.	3,1%	23,3%	45,1%	6,2%	4,3%	,5%	4,7%	12,7%	,1%	
Stade final.										
CS.	-	,3%	10,5%	4,8%	6,8%	,3%	56,2%	20,3%	,9%	*.299*
EM.	-	,3%	12,1%	5,3%	6,1%	,4%	52,7%	22,5%	,6%	
Evolution en %.										
CS.	-2,7	-20,5%	-36,4%	-1,5%	2,2%	,1%	50,2%	8,0%	,6%	-
EM.	-3,1	-23,0%	-33,0%	-,9%	1,8%	-,1%	48,0%	9,8%	,5%	

PAPM=Precaution Adoption Process Model

Lorsque l'on observe la distribution du PAPM entre le début et la fin de l'entretien téléphonique (cf. annexes.), on remarque que cet effet est ciblé. Il influe particulièrement sur les trois premiers stades de la classification, lesquels sont dévolus à l'émergence de la motivation et à la prise de décision chez la personne. Les personnes non renseignées (PAPM_1) se mettent ainsi majoritairement à réfléchir (44,4%) et projettent arbitrairement de pratiquer le test dans les 3 mois (30%). Les personnes conscientes d'un risque pour autrui mais non sensibilisées (PAPM_2) ainsi que les personnes ambivalentes (PAPM_3) passent elles aussi un cap en décidant à respectivement 45,2% et 81,2% de réaliser les prélèvements de selles sous 3 mois sans date spécifique.

Les individus d'emblée résolus à ne pas faire le test dans l'immédiat (PAPM_4a et 4b) ou à le réaliser dans les mois à venir (PAPM_5b et 5c) ne changent en revanche pas leur intention suite à l'appel. Ils campent en effet sur leur opinion à 80,9% pour les réfractaires et à 99% pour les convaincus.

Concernant un effet spécifique de la procédure, on remarque une absence de significativité du Chi-2 dans la distribution des PAPM initiaux χ^2 (8, N=3077) = 8,735 ; p=.365 et finaux χ^2 (7, N=3073) = 8,402 ; p=.299 entre conseil simple et entretien motivationnel. Il n'existe aucune différence significative entre les deux approches, ni dans l'évolution des bénéficiaires vers le changement, ni sur leur intention de pratiquer le test. Les résultats traduisent dès lors davantage un impact du conseil qu'un impact de la procédure employée. *L'hypothèse H1 n'est donc pas vérifiée.*

4. Vérification des hypothèses H2, H3, H4 et H5 sur la participation ajustée

4.1. Remontée des inéligibilités médicales au test

Nous faisions l'hypothèse en H2 que le taux de retour des motifs d'exclusion serait significativement plus important pour le groupe téléphone que pour l'envoi postal.

Comme l'atteste le tableau 9, il existe une différence significative entre les groupes dans la remontée des motifs d'inéligibilités médicales à la campagne χ^2 (2, N=26425) = 2,604^{E}3 ; p=.000, sans toutefois de distinction entre entretien motivationnel et conseil simple (19%=19,5%) χ^2 (1, N=6668) = 0,240 ; p=.625.

De manière générale, on note un net bénéfice de l'appel dans le retour des exclusions ; l'intervention téléphonique permettant en effet de renseigner près de 10 fois plus de non éligibilités que le coupon-réponse de l'intervention postale usuelle (19,2%>1,8%) χ^2 (1, N=26425) = 2,603^{E}3 ; p=.000. *L'hypothèse H2 concernant la remontée des inéligibilités médicales à faire le test est donc ici vérifiée*.

4.2. Mesure de la participation ajustée en analyse per protocole

Rappelons qu'en H3, nous faisions l'hypothèse que le pourcentage de tests faits serait significativement plus important pour le groupe entretien motivationnel que pour le conseil simple, et en H4 qu'il serait de manière globale plus important pour le groupe téléphone que pour le groupe courrier en analyse per protocole.

Au niveau de la participation, le tableau 9 montre une fois encore des résultats significatifs dans le nombre de tests faits traduisant un effet du contact χ^2 (2, N=24785) = 4,335^{E}2 ; p=.000 et un effet plus marqué du conseil χ^2 (2, N=22535) = 1,142^{E}3 ; p=.000 en analyse per protocole.

Le fait qu'il n'existe aucune différence significative entre conseil simple et entretien motivationnel sur le comportement de la population conseillée χ^2 (1, N=2 182) =1,195 ; p=.274 ou simplement jointe χ^2 (1, N=4343) = 0,990 ; p=.320 traduit davantage un effet de l'appel qu'un effet de la procédure d'entretien. *L'hypothèse H3 n'est donc pas vérifiée.*

En analyse per protocole, le média téléphonique double quant à lui significativement la participation ajustée par rapport à la relance classique courrier (19,4%>9,2%) χ^2 (1, N=24785)

= 4,319^{E}2 ; p=.000. *L'hypothèse H4 selon laquelle l'intervention téléphonique améliore la participation ajustée par rapport à l'intervention postale classique est donc justifiée en analyse per protocole.* Le simple fait d'appeler les bénéficiaires du dépistage organisé permet de multiplier par deux leur adhérence et ce par simple contact téléphonique (19,4%>9,2%) χ^2 (1, N=24785) = 4,319^{E}2 ; p=.000. Le pourcentage de tests faits va même jusqu'à tripler lorsque le conseil téléphonique est mené à terme (30,4%>9,2%) χ^2 (1, N=22535) = 1,140^{E}3 ; p=.000.

Table 9. Analyse intention de traiter et per protocole de la participation ajustée

	CS		**EM**		**GC**		***p.***
	n.	***%***	**n.**	***%***	**n.**	***%***	
Exclusions valides.	614	*19,0%*	*669*	*19,5%*	357	*1,8%*	*.000****
Tests faits.							
Intention de traiter.	521	*3,8%*	521	*3,8%*	1781	*9,2%*	*.000****
Per protocole (effet du contact).	521	*19,9%*	521	*18,8%*	1781	*9,2%*	*.000****
Per protocole (effet du conseil).	481	*31,3%*	472	*29,5%*	1781	*9,2%*	*.000****
****=p<.001*							

CS=conseil simple ; EM=entretien motivationnel ; GC=groupe contrôle

4.3. Mesure de la participation ajustée en intention de traiter

En H5, nous faisions finalement l'hypothèse que la participation serait de la même manière plus importante pour le téléphone que pour le courrier en analyse en intention de traiter.

Sur l'ensemble de la population randomisée, seule 1 personne sur 4 a pu être contactée et seulement 2 individus joints sur trois ont pu être conseillés de sorte qu'en analyse en intention de traiter, la participation du groupe téléphonique se révèle significativement inférieure à celle du groupe contrôle (3,8%<9,2%) χ^2 (1, N=46773) = 5,781^{E}2 ; p.000. *L'hypothèse H5 n'est donc pas vérifiée.*

Si l'intervention téléphonique semble constituer en soi une méthode plus efficace que l'intervention postale, l'analyse en intention de traiter démontre un réel écueil de faisabilité par rapport à la relance postale traditionnelle.

5. Résultats relatifs à l'objectif secondaire sur les facteurs de participation

5.1. Impact des facteurs sociodémographiques

L'analyse des facteurs de participation ajustée montre des effets significatifs pour l'ensemble des variables démographiques (cf. table 10a). Les femmes participent essentiellement plus que les hommes χ^2 (1, N=46485) = 51,777 ; p=.000. Les individus de moins de 60 ans χ^2 (1, N=46485) = 13,573 ; p=.000 et plus particulièrement les personnes âgées entre 50 et 55 ans χ^2 (5, N=46485) = 45,243 ; p=.000 font montre d'une adhérence plus marquée. Enfin, les haut-rhinois font ici davantage le test que les bas-rhinois χ^2 (1, N=46485) = 53,159 ; p=.000.

Table 10a. Facteurs de participation ajustée à l'étude Cotelco

	Tests faits.	***%***	***p.***
Statut sociodémographique.			
Sexe.			
Homme.	2051	*8,7%*	*.000***
Femme.	2447	*10,7%*	
Département.			
Bas-Rhin (67).	3339	*9,2%*	*.000***
Haut-Rhin (68).	1159	*11,6%*	
Âge (rang).			
[âge<55]	1490	*11,1%*	*.000****
[55=<âge<60]	1089	*9,1%*	
[60=<âge<65]	891	*9,1%*	
[65=<âge<70]	577	*9,5%*	
[70=<âge<75]	455	*8,6%*	
[âge=>75]	1	*11,1%*	
Âge (rang spécifique).			
<=60	2592	*10,1%*	*.000****
>60	1906	*9,1%*	

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

5.2. Impact des facteurs socioéconomiques

Les Chi-2 se révèlent également significatifs en ce qui concerne l'ensemble des facteurs socioéconomiques de l'étude Cotelco (cf. table 10b). Les fonctionnaires et les détenteurs d'un régime spécial (SNCF, EDF, GDF, SSM) comptent ainsi parmi ceux qui se font le plus dépister, à l'inverse des travailleurs indépendants ou de ceux dont le régime demeure introuvable χ^2 (5, N=46485) = 44,371 ; p=.000.

La zone de résidence la plus participante, préférentiellement rurale χ^2 (1, N=45966) = 3,909 ; p=.048, n'est ni trop restreinte, ni trop tentaculaire χ^2 (2, N=45966) = 31,580 ; p=.000. Elle détient un indice de défavorisation bas. Plus cet indice est élevé et moins les habitants

réalisent un dépistage du cancer colorectal par Hemoccult® χ^2 (4, N=45692) = 30,698 ; p=.000.

Table 10b. Facteurs de participation ajustée à l'étude Cotelco (suite)

	Tests faits.	%	p.
Statut socioéconomique.			
Régime d'assurance maladie.			
C.P.A.M.	3416	*9,5%*	
Fonctionnaires.	493	*11,7%*	
Libéraux indépendants.	288	*8,2%*	*.000****
M.S.A.	142	*8,8%*	
Spéciaux.	150	*12,8%*	
Inconnu.	9	*7,6%*	
Zone de résidence.			
Urbaine.	3410	*9,5%*	*.048**
Rurale.	1037	*10,2%*	
Superficie de la zone d'habitation.			
Petite.	1622	*10,4%*	
Moyenne.	360	*11,5%*	*.000****
Grande.	2465	*9,1%*	
European Deprivation Index (EDI).			
1 (indice bas).	1029	*10,3%*	
2.	1004	*10,1%*	
3.	680	*10,0%*	*.000****
4.	724	*10,0%*	
5 (indice élevé).	987	*9,7%*	

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

5.3. Impact des facteurs d'engagement

Comme en atteste le tableau 10c, une personne se fait davantage dépister lorsqu'elle en formalise l'intention χ^2 (2, N=3065) = 3,341^{E}2 ; p=.000, s'est déjà faite faire dépister du cancer colorectal à une précédente campagne χ^2 (3, N=46485) = 4,031^{E}3 ; p=.000 ou en a déjà pratiqué un régulièrement ou non dans le cadre d'un autre cancer χ^2 (2, N=3098) = 48,472 ; p=.000.

Table 10c. Facteurs de participation ajustée à l'étude Cotelco (suite)

	Tests faits.	%	p.
Intention et engagements passés.			
Intention de participer.			
Intention de ne pas faire le test.	0	*,0%*	
Indécision.	19	*5,5%*	*.000****
Intention de faire le test.	913	*38,7%*	
Statut de participation.			
1ère participation.	884	*13,1%*	
Non fidélisé.	1730	*32,9%*	*.000****
Non participant.	1884	*5,5%*	
Autre dépistage (Sein / prostate).			
Aucun.	131	*20,0%*	
Oui (dans le cadre du DO).	625	*31,5%*	*.000****
Autre (hors DO).	177	*38,4*	

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

5.4. Impact du médecin traitant

La table 10d questionne la part d'influence du médecin généraliste dans le taux de participation effective au test. Il illustre que le simple fait de bénéficier d'un médecin traitant χ^2 (1, N=3098) = 3,018 ; p=.082, de même que le consulter régulièrement χ^2 (2, N=3026) = 1,248 ; p=.5361, ne suffisent pas aux individus pour se démarquer significativement au niveau de l'adhérence de ceux qui en sont exempt.

En revanche, les écarts de participation se rangent significativement en faveur de ceux chez qui le médecin s'est entretenu du dépistage organisé du cancer colorectal χ^2 (2, N=3029) = 11,611 ; p=.003 et leur a recommandé de faire le test χ^2 (3, N=1209) = 17,179 ; p=.001. Le poids de la recommandation médicale est tel qu'il vaut mieux à la personne ne pas s'en remémorer plutôt que de savoir son médecin sans avis ou opposé au dispositif.

Table 10d. Facteurs de participation ajustée à l'étude Cotelco (fin)

	Tests faits.	***%***	***p.***
Influence du médecin traitant.			
Recours à un médecin traitant.			
Non.	15	*20,8%*	*.082*
Oui.	918	*30,3%*	
Fréquence de consultation.			
<1 par an.	109	*28,2%*	
1 par an.	287	*30,1%*	*.536*
>1 par an.	522	*31,0%*	
Informations sur le DO CCR.			
Non.	518	*28,1%*	
Oui.	369	*34,1%*	*.003***
Ne sait pas.	32	*30,8%*	
Recommandation médicale.			
Aucune.	21	*21,6%*	
Incité à faire le test.	322	*36,1%*	*.001****
Ne sait pas.	55	*33,3%*	
Incité à ne pas faire le test.	8	*14,8%*	

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

IV. Discussion

1. Effet du média téléphonique sur la distribution de la population

Des écarts de répartition sont constatés au sein de la population, que ce soit sur le plan démographique, socioéconomique ou dans le profil de participation des sujets. Or, de telles différences (*sexe, âge, EDI, régime, département, nombre de campagnes*) n'existaient pas

avant, hormis pour quelques variables construites ou statuées après randomisation (cf. annexes). Le fait que la distribution de la population ne soit plus homogène démontre l'expression d'un biais dont nous croyons de fait la procédure téléphonique responsable (*accès au numéro, accès à la personne cible, entretien mené à terme ou non*).

En Alsace, les femmes sont par exemple nombreuses à travailler au foyer (Insee). Elles demeurent par conséquent plus joignables que leur mari, ce qui justifie qu'elles soient davantage représentées dans le groupe téléphone que dans le groupe contrôle. De la même manière, les plus de 60 ans sont pour la plupart retraités. Ils ont davantage l'occasion d'être présents à leur domicile et donc de répondre au téléphone que les moins de 60 ans encore actifs. L'interprétation vaut également pour les disparités de statut de participation. Les personnes invitées pour la première fois sont jeunes. Elles ont la cinquantaine et exercent une activité professionnelle qui les occupe. Elles sont de ce fait moins joignables et donc moins représentées que dans le groupe contrôle.

L'enquête CREDOC (2009) pointe que les individus à haut revenu et/ou âgés de plus de 60 ans possèdent davantage le téléphone que ceux entre 40 et 59 ans et/ou en situation de précarité. Le fait que le numéro soit renseigné ou pas est donc également enclin à fausser la distribution. Ce dernier n'est ainsi disponible qu'à condition d'être inscrit dans une base, un fichier. L'on peut dès lors supposer qu'un individu résidant en ville ou jouissant d'une situation favorisée peut rencontrer davantage d'opportunités de communiquer son numéro (*achats, commandes, formalités administratives*) et donc de figurer dans un tel fichier. Cela expliquerait pourquoi le groupe téléphone se voit du coup représenté par une population bien plus urbaine et moins précaire que celle du groupe contrôle.

Le fait de ne sciemment pas délivrer son téléphone (*inscription sur liste rouge*) peut également traduire un signe de réactance, une réaffirmation pour les personnes de leur autonomie et de leur contrôle face aux nombreux démarchages orchestrés (*téléprospection, démarches de sensibilisation, enquêtes d'opinion*). L'absence de numéro écarte d'emblée une telle population au profit d'une population plus ouverte, moins réactante et peut-être même plus concernée que celle du groupe contrôle comme il en est question table 10c.

La population jointe par téléphone présente ainsi un profil différent de celui de la condition postale classique. De tels écarts pouvant affecter la participation, il convient de garder à l'esprit un tel biais dans notre interprétation des résultats.

2. Effet bénéfique de l'appel dans le retour des exclusions

L'entretien téléphonique permet ici de multiplier par 10 le taux d'inéligibilités médicales renseignées et ce comparativement au coupon réponse du courrier classique. Ce résultat n'a rien d'étonnant au regard des données de la littérature. Il est en effet montré que le média téléphonique supplante l'approche postale dans le retour aux enquêtes (Hartge, 1999 ; Heranney et al., 2011).

Notre hypothèse est que les bénéficiaires accordent moins d'attention et d'importance au questionnaire d'exclusion lorsqu'il est présent en appendis de la lettre de relance que lorsque le conseiller en fait la passation au téléphone. Cela d'autant plus que le test joint dans le courrier R_2 peut induire une distraction préjudiciable à un traitement central de l'information (Cacioppo et Petty, 1984 ; Petty et Cacioppo, 1986).

Au téléphone, l'intervenant précise les attentes d'ADECA Alsace en la matière. Il réduit l'ambiguïté et clarifie avec le sujet les réels motifs d'inéligibilités, ce qui lui permet de remonter des informations négligées par lui (*oubli, méconnaissance*). L'appel donne en outre l'opportunité au bénéficiaire de renseigner son dossier médical sans autre étape que de répondre. Le passage des intentions (*avertir ADECA Alsace*) aux actes (*traiter la lettre, renseigner le coupon, le poster*) s'en trouve dès lors facilité. La latence restreinte entre les deux court-circuite la procrastination (Webb et Sheeran, 2006) alors que l'appel constitue de plus un indice d'action déclencheur de la réponse (Rosenstock, 1966).

3. Effet bénéfique de l'appel sur la participation per protocole

Conformément aux observations de la littérature, l'entretien téléphonique suscite ici davantage d'adhérence que l'incitation postale classique (Leed-Kelly et al., 1999 ; Menon et al., 2011 ; Rimer et Lipscomb, 2000 ; Saywell et al., 2004). Il vient à doubler la participation des personnes suite à un simple contact et la triple lorsque le conseil est mené jusqu'à terme. Pour Legler et son équipe (2002), les stratégies de conseil téléphoniques assistées par ordinateur (CATI) font parti des stratégies visant à faciliter l'accès à l'information et à la pratique. Elles permettent un conseil ajusté à la situation spécifique de la personne (*stade PAPM*), lequel réduit les barrières et optimise le passage des intentions aux actes (Hollis et al., 2005 ; Leed-Kelly et al., 1999 ; Menon et al., 2011 ; Ryu et al., 2008).

Contrairement à la procédure usuelle, l'appel intervient en amont de l'envoi du test à domicile. Les sujets sont informés puis préparés par les conseillers à recevoir le kit dans les jours à venir. Les recherches relatives aux procédures de *pré-notification* (Libby et al., 2011 ; Miller et al., 1997 ; Robertson et al., 2000) montrent qu'une telle démarche place les usagers en condition d'anticiper et de mieux prévenir les barrières susceptibles d'être rencontrées (*autres priorités, problèmes pratiques*). Alertés, ces derniers deviennent réactifs en présence de la situation. Ils font alors preuve d'une adhérence plus marquée (Sheeran et Orbell, 1999). Demander à la personne si elle accepte ou non de recevoir le test à domicile a également pu relever d'un acte préparatoire public et irrévocable. Contrairement au groupe contrôle où l'envoi était imposé, le groupe téléphone a peut être de fait bénéficié d'un effet de *pied-dans-la-porte* (Freedman et Fraser, 1966).

Si la participation ajustée est plus saillante qu'en condition témoin, c'est aussi que la part d'exclusions médicales est, rappelons-le, dix fois plus importante dans le groupe téléphone que dans le groupe contrôle. Le dénominateur de l'équation $N^{dépistés} / (N^{sujets\ cibles} - N^{exclusions})$ y est donc significativement plus réduit, ce qui permet d'observer des taux de participation plus marqués en intervention. Autre limite, l'accessibilité téléphonique (*numéros disponibles, personnes joignables et entendues pour aller jusqu'au bout de l'entretien*) entraîne de toute évidence un biais certain. Les personnes qui prennent part aux enquêtes (Karwaljtys et al., 2006), portent un intérêt à l'information (Broc, 2009a ; Chaiken, 1980 ; Petty et Cacioppo, 1986) ou sont simplement présentes au domicile (Senore et al., 2010) sont celles qui s'avèrent en réalité la plupart du temps déjà motivées et participantes. Dans l'étude Cotelco, les femmes et les moins défavorisés (représentés davantage dans le groupe téléphone que dans le groupe contrôle) sont effectivement plus nombreux à faire le test, expliquant en partie les écarts de participation constatés.

4. Effet délétère de l'appel sur la participation en intention de traiter

La problématique d'accessibilité est bien connue pour qui entreprend une enquête téléphonique. Hartge (1999) évoque en ce sens un biais de non réponse. Instamment sollicitées, les personnes développent des stratégies d'évitement des requêtes qu'elles n'estiment pas urgentes (Ascher, 2006). Elles s'outillent pour trier en amont les appels (*répondeurs, filtrage des numéros masqués, affichage de l'identifiant*) par aversion croissante envers le télémarketing (Hartge, 1999 ; Majowicz et al., 2004). Les numéros indisponibles (*non trouvés ou erronés*), l'absence de réponse (*injoignables, barrage du conjoint*), les refus

d'écoute (*raccrochages intempestifs*) et le temps dévolu à chaque sujet (*7,5 minutes en moyenne*) réduisent de fait considérablement la taille des effectifs randomisés. La population affectée au groupe Cotelco a ainsi été divisée par 6.

Selon nos estimations, 166 667 personnes sur les 500 000 de la base seraient automatiquement exclues de la procédure d'appel en phase d'invitation de la campagne ADECA Alsace (soit 1 numéro non renseigné sur 3). Comme 2,5 temps plein ont été nécessaires en 1 an à joindre 6 668 individus, le rendement par temps complet peut être évalué à 2 667 contacts annuels. Cela représente 5 334 individus joints sur une campagne de 2 ans. Aussi, pour contacter les 333 333 numéros théoriquement accessibles dès la phase d'invitation, il faudrait qu'ADECA Alsace recrute environ 63 salariés à temps plein, soit un budget salaire 25,2 fois plus conséquent que pour l'étude *Cotelco*.

Quels que puissent être les gains obtenus par l'approche téléphonique, de tels bénéfices apparaissent in fine dérisoires eu égard au coût de fonctionnement du programme (*défaut de coût-efficacité*). La proposition n'est dès lors guère envisageable dans le cadre d'une utilisation généralisée au dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace.

5. Absence d'effet de la procédure de conseil téléphonique

L'analyse n'établit aucune distinction entre l'entretien motivationnel et le conseil simple, que ce soit dans l'évolution du PAPM, la remontée des exclusions ou le pourcentage de tests faits. Si les procédures diffèrent sur le plan théorique, nous pensons que de telles différences ont pu s'estomper dans la pratique au profit d'un effet princeps de l'appel. Nous en voulons pour preuve la durée égale des entretiens pour chaque condition.

Au cours de la supervision, *l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel* (AFDEM) n'a pu ainsi se servir d'aucune grille d'évaluation pour déterminer si les entretiens servaient bien l'esprit motivationnel (Miller et Rollnick, 2006 ; 2009). Le MISC se basant sur les attitudes non verbales impossibles à déceler au téléphone ; le MITI exigeant des durées d'entretien bien plus longues qu'il n'était possible d'en avoir par le biais des appels. Les superviseurs ont cependant assuré que les conseillers maîtrisaient l'approche, illustrant la difficulté de mener un entretien motivationnel au téléphone (Rubak et al., 2005 ; Taplin et al., 2000) (*les sujets ne s'expriment pas, imposent à l'intervenant de conduire et de garder une certaine directivité, lui interdisent en raccrochant de rouler avec leur résistance*).

L'efficacité de la procédure reste tributaire de l'utilisation au profit du changement de l'énergie drainée par la résistance des personnes peu motivées ou en colère (Butler et al., 1999 ; Hettema et al., 2005 ; Lundhal et al., 2009). Au téléphone, la rupture se veut toutefois plus décisive qu'en thérapie (*raccrochage, perte de contact*). Le média réduit alors les possibilités d'intervention. Dans les faits, le conseiller se voit ainsi perturbé par des injonctions paradoxales. Il doit garder un esprit motivationnel (*laisser s'exprimer, guider, ne pas donner d'informations, faire montre d'une neutralité bienveillante*) et en même temps mettre en application des stratégies de télécommunication difficilement compatibles (*détailler l'objectif de l'appel, contre-argumenter, recadrer, conduire l'entretien*), cela pour susciter et maintenir l'intérêt du sujet dans l'optique de ne pas le perdre.

A ceci, l'utilisation de la trame CATI entrave plus qu'elle n'aide l'intervenant. Les conseillers restent focalisés sur le plan, les prérogatives et les statistiques à remplir plus que sur l'individu et sur son discours. Le cadrage facilite la distraction, entraîne des difficultés d'écoute. Il en résulte invariablement une violation des principes fondamentaux de l'entretien motivationnel (Hettema et al., 2005). La trame précipite le conseiller et instaure un déphasage au sein de la relation thérapeutique (Lundhal et Burke, 2009). Elle perturbe l'intervenant, nuit à ses compétences dans la pratique (Wahab et al., 2008) et le pousse à se conduire conformément aux attentes et répliques exprimées à travers l'algorithme, quitte à prendre le contrôle dans l'entretien (Hettema et al., 2005).

Les adaptations de l'entretien motivationnel, fussent-elles brèves, nécessitent plusieurs sessions d'une durée minimum de 30 minutes et quelques mois d'interventions pour produire des effets significatifs (Couzigou et al., 2009 ; Hettema et al., 2005 ; Hettema et Hendricks, 2010 ; Lundhal et Burke, 2009 ; Rubak et al., 2005). Dans notre étude, les entretiens motivationnels durent 4 fois moins de temps et se concluent en un appel. La prise de rendez-vous pourtant prévue à cet effet n'a pas reçu le retour favorable escompté ; les sujets ne voyant pas d'intérêt à être rappelés (*décision déjà prise, sentiment d'avoir été suffisamment informé, volonté de ne plus être dérangé*).

Parallèlement, le conseil simple, à durée égale, n'apparaît pas aussi cadré qu'il était prédestiné à être (*éducation à la santé, directivité*). Au même titre que pour l'entretien motivationnel, le prospect garde un contrôle absolu sur le déroulement de l'entretien. Il peut choisir de ne pas répondre, de mettre fin à l'échange comme de faire valoir son opinion et ses remarques. Suivre une trame linéaire apparaît dès lors compliqué en ce sens que la plupart des

personnes intéressées par la démarche restent focalisées sur ce qui leur plaît d'évoquer en dépit de toute écoute. Les tentatives de recadrage restent souvent vaines voire délicates lorsqu'il est question de la maladie. Pour finir, le conseil simple n'éduque pas aveuglément. Il s'ajuste tout comme l'entretien motivationnel au stade PAPM initial où se situe l'individu, réduisant plus encore la spécificité de chacune des procédures par rapport à l'autre.

6. Effet du conseil ciblé sur les trois premiers stades PAPM

Conformément à la littérature, le conseil ajusté s'adapte à la problématique de chaque individu. Il constitue par essence une aide significative à la décision (Hollis et al., 2005 ; Prochaska et al., 1993 ; 2001). Le fait qu'une évolution ne soit véritablement perceptible que dans les premières phases de la classification PAPM de Weinstein (1988) (*non conscience, non préoccupation, indécision*) s'explique selon nous par la vocation même des approches incitatives à faire émerger la motivation (Butler et al., 1999). L'équipe de Miler (2003) montre ainsi l'impact privilégié de l'approche sur les stades de *pré-contemplation* (PAPM_1 et PAPM_2) et de *contemplation* (PAPM_3). Le conseil personnalisé téléphonique participe à ce que la personne étaye une prise de conscience du risque et résolve son ambivalence vers le changement (adhérence aux recommandations).

Les individus restés jusqu'à la fin de l'entretien sont par définition malgré tout davantage concernés et à l'écoute que ceux à n'avoir pas répondu (Karwaljtys et al., 2006). Ils peuvent donc avoir saisi les attentes de l'intervenant et choisi d'en jouer afin de ne pas perdurer l'appel. Des biais de désirabilité sociale (Crown et Marlowe, 1960 ; 1961) ou de clairvoyance normative (Jouffre, Py et Somat, 2001 ; Py et Somat, 1991) sont aussi à suspecter.

Concernant les PAPM_4 (*décidé à ne pas faire le test*) et PAPM_5 (*décidé à faire le test*), des micro-effets sont bien observés (*programmation du test réduite à 3 mois maximum, concession des réfractaires à changer d'avis un jour*) mais ne semblent pas traduire d'évolution dans leur décision initiale. Ce constat s'explique selon nous par un traitement de l'information biaisé chez eux par des effets d'attente (*confirmation d'hypothèse*) (Rosenthal et Jacobson, 1971) et un parasitage émotionnel de l'écoute (*aveux de culpabilité pour n'avoir ni répondu ni fait le test, promesses de programmation, stress relatif au dépistage, à la maladie*), traitement rendant ardues les tentatives de préparation à l'action (*discours confiance, discours engagement*).

A leur décharge, les mesures n'ont considéré l'évolution du PAPM qu'entre le début et la fin de l'entretien téléphonique. Elles ne s'attachent donc qu'à l'intention binaire des sujets à prévoir (PAPM_5) ou non (PAPM_4) un dépistage, sans possibilité d'observer la pratique effective du test adressé quelques jours après l'appel. Aussi la table 11 réévalue-t-elle la distribution du PAPM final à la lumière des taux de participation examinés en fin d'étude. L'analyse considère passés en phase d'*action* (PAPM_6) les individus de tout PAPM à avoir réalisé le test pour la première fois (*groupe non participant ou en première campagne*) et passés en phase de *maintenance* (PAPM_7) ceux à avoir reproduit la conduite (*groupe non-fidélisé*).

Table 11. Reconsidération de l'évolution du P.A.P.M. (d'après Weinstein, 1988)

	Statut PAPM en fin d'étude					
Statut PAPM initial.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**
PAPM_1.	2,2%	41,1%	7,8%	31,1%	17,8%	,0%
PAPM_2.	,9%	26,3%	10,6%	41,1%	15,4%	5,7%
PAPM_3.	,0%	6,2%	,6%	54,2%	26,7%	12,3%
PAPM_4.	,0%	8,2%	80,9%	7,3%	2,7%	,9%
PAPM_5.	,2%	,0%	,2%	62,8%	16,0%	20,8%

PAPM=Precaution Adoption Process Model

Si les personnes réfractaires n'évoluent majoritairement pas (80,9%), celles initialement décidées à faire le test comptent tout de même 16% à passer en phase d'action et 20,8% en phase de maintenance (où elles se situaient probablement déjà). La majorité encore résolue mais toujours dans l'expectative (62,8%) mettant en avant des barrières [*manque de temps, autres priorités (54,3%) ; oubli, procrastination (14,9%) ; problèmes pratiques (12,7%*)] qu'une phase de préparation aurait pu pallier.

7. Examen des facteurs de participation

Dans l'ensemble, les femmes se font davantage dépister du cancer colorectal que les hommes (Miller et al., 2005, Senore et al., 2010) lesquels préfèrent la coloscopie au test de recherche de sang dans les selles (Seeff et al., 2004). Les femmes s'occupent plus souvent des papiers, y compris des démarches concernant leur mari. Elles font de fait montre d'une plus grande maîtrise des connaissances (Miller et al., 2005), gèrent les décisions plus volontiers que les hommes (Benbassat et al., 1998) et sont amenées à anticiper les occurrences futures (Zimbardo et Boyd, 1999). Les femmes ont ainsi une plus grande culture de la prévention (Rothspan et Read, 1996).

Les personnes entre 50 et 59 ans participent ici bien plus que les plus de 60 ans, à l'instar des observations conciliées dans la méta-analyse de McQueen et consorts (2007). Il faut dire que les médecins préparent leurs patients avant leur entrée dans le dispositif. Passés 50 ans, un effet d'assoupissement (Hovland et al., 1949) semble alors se produire chez ces derniers (*désensibilisation aux campagnes d'incitation, renforcement des stratégies défensives*). Les résultats vont cependant à l'encontre de plusieurs observations de la littérature selon lesquelles les individus âgées seraient les plus enclins à se faire dépister (Breen et al., 2001 ; Cole et al., 2007 ; Seeff et al., 2004 ; Sieverding et al., 2010). Retraités pour la plupart, l'hypothèse est qu'ils disposent davantage de temps pour s'organiser et d'une plus grande conscience de leur vulnérabilité notamment au cancer colorectal (Cokkinides et al., 2003 ; Senore et al., 2010). De telles divergences peuvent dépendre du type de dépistage investigué (*test au gaïac, test immunologique, rectosigmoïdoscopie, coloscopie, lavement baryté*).

Concernant la plus forte participation des zones géographiques favorisées (Marteau et al., 2010), des fonctionnaires et des détenteurs de régimes spéciaux (Cokkinides et al., 2003 ; Seeff et al., 2004 ; Swan et al., 2003), les résultats confirment la corrélation des indicateurs de hauts statuts socioéconomiques avec de plus hauts taux d'adhérence aux recommandations (Breen et al., 2001 ; Holden et al., 2010 ; Lee et Vogel, 1995 ; Nijs et al., 2000 ; Tanner-Smith et Brown, 2010 ; Taplin et al., 2000 ; Wardle et al., 2004). La disposition de ressources permet aux personnes de se projeter dans l'avenir et donc de prévenir la mise en danger de leur capital (Crockett et al., 2009 ; Guthrie et al., 2009 ; Whitaker et al., 2011). Dans notre étude, les communes rurales à proximité d'une agglomération de taille honorable se font davantage dépister que les communes urbaines. Il s'agit selon nous d'une expression particulière du statut socioéconomique (*possibilités financières de louer en dehors de la ville, loin du lieu de travail, possession d'un moyen de locomotion personnel*). Le milieu rural étant particulièrement aisé en Alsace.

Habiter près d'une grande ville, c'est aussi pouvoir accéder facilement à un médecin (Breen et al., 2001 ; Swan et al., 2003). Ce n'est d'ailleurs pas tant la fréquence de consultation soulignée par la littérature (Wardle et al., 2004 ; Tanner-Smith et al., 2010) mais bien le contenu de la consultation qui prévaut (Seeff et al., 2004). Autrement dit, le poids de la recommandation médicale (Jacobson et al., 2004 ; Karwalajtys et al., 2006). Le fait que le médecin recommande la pratique du test favorise ainsi l'adhérence de son patient (Tanner-Smith et Brown, 2010 ; Seeff et al., 2004 ; Senore et al., 2010). A l'inverse, sa participation

chute lorsqu'il émet des doutes sur l'utilité, l'efficacité ou le risque d'une telle démarche (Leventhal et Niles, 1964 ; Han et al., 2006 ; Mosca et al., 2006). Il faut dire que les individus n'ont pas le recul médical nécessaire pour traiter sereinement la question (Elmore et Fletcher, 2012 ; Stefanek, 2011) et s'en remettent de fait à l'avis du spécialiste (Benbassat et al., 1998).

Pour finir, les actes antérieurs d'un individu (Hagger et al., 2002 ; Cokkinides et al., 2003 ; Seeff et al., 2004 ; Senore et al., 2010 ; Stokamer et al., 2004), comme son intention (McQueen et al., 2007 ; 2010 ; Ouellette et al., 1998 ; Sieverding et al., 2010) lorsqu'elle est actée (*acte préparatoire*) influent bel et bien sur l'adhérence ou la non adhérence aux recommandations. En partie théorique, nous expliquions une telle incidence par le poids de l'engagement (Joule et Beauvois, 2002 ; Kiesler et Sakumura, 1966) et des habitudes (Collins et Mullan, 2011 ; Hall et Fong, 2007 ; 2010 ; Sutton, 1987 ; Webb et Sheeran, 2006) dans un sens comme dans l'autre du comportement.

Le fait que les bas-rhinois pratiquent moins le test que les haut-rhinois n'est en ce sens pas anodin. D'après nous, ces derniers se sont accoutumés jusqu'en 2007 à se faire dépister par coloscopie quand le Haut-Rhin, structure pilote du dépistage organisé, pratiquait déjà les tests depuis 4 ans. Force est de constater que le Bas-Rhin possède un taux de coloscopies réalisées parmi les plus élevés de France (26,4>19,2 pour 1 000 habitants) (Assurance Maladie, 2012). L'étude de Labergerie (2013) soulève que les médecins eux-mêmes ont une meilleur opinion du test Hemoccult® lorsqu'ils consultent dans le Haut-Rhin plutôt que dans le Bas-Rhin. L'auteur ajoute que les bas-rhinois seraient en outre davantage tournés vers le test immunochimique prévu en remplacement du test au gaïac dans les années à venir.

V. Conclusion

Après plus d'un an d'intervention, le programme de conseil téléphonique sur le dépistage du cancer colorectal (*programme Cotelco*) livre ses résultats, encourageants s'il en est pour alimenter les réflexions sur l'optimisation des stratégies d'invitation.

1. Intérêt du programme Cotelco au regard des objectifs de l'étude

Le premier intérêt de l'étude a été de prouver qu'un conseil téléphonique ajusté pouvait permettre d'aider les bénéficiaires dans leur prise de décision, répondant en cela à *l'objectif premier de la thèse*. Dans les faits, l'approche personnalisée apparaît en tout point légitime. Elle procure à l'individu l'information adaptée à sa problématique, le conseil et le retour

nécessaires afin qu'il prenne conscience de sa propre motivation à agir. La méthode cible particulièrement la sensibilisation et la résolution de l'ambivalence, c'est-à-dire le cheminement du sujet vers une prise de décision assumée.

Le deuxième intérêt est à la fois quantitatif et qualitatif. Il questionne le *deuxième objectif* qui prévoit d'améliorer la participation ajustée afin de rentabiliser l'exercice du dispositif de santé publique. L'étude Cotelco illustre qu'une simple relance téléphonique suffit à doubler l'adhérence des bénéficiaires et à la tripler 2 fois sur 3 lorsqu'elle est assortie d'un conseil mené à terme. La stratégie concourt à un dépistage de qualité en guidant chacune des personnes concernées vers le dépistage le plus approprié à son profil médical (*test au gaïac, coloscopie*). L'intervention téléphonique assure un meilleur suivi de la population présente dans la base (*actualisation des décès, des erreurs d'adresse, des examens réalisés, des antécédents familiaux survenus*). En multipliant par 10 le taux de retour des exclusions par rapport au courrier, elle permet d'éviter l'envoi inapproprié de tests à ceux qui refusent de participer ou ne sont pas concernés (*soit une économie de 2,5€ par test évitable*).

Enfin, le dernier intérêt concerne l'amélioration de notre compréhension des facteurs de participation, soit la réponse au *troisième objectif* de notre thèse. L'étude Cotelco confirme notamment la situation préjudiciable des personnes en précarité (*financière, géographique*) par rapport à la démarche de dépistage organisé (*accès à l'information, capacités de projection*). L'accès au médecin n'est pas toujours évident (*temps d'attente en consultation, autres priorités, cabinet éloigné*) alors que la recommandation médicale s'avère des plus centrales pour susciter l'adhérence. L'étude met également en avant le poids des habitudes, soient autant de facteurs facilitant ou entravant la participation. La compréhension des freins et des leviers (cf. annexes) étant primordiale pour bâtir des stratégies d'intervention de plus en plus efficientes, de plus en plus ciblées.

2. Limites et préconisations

Si un conseil personnalisé peut être adapté au téléphone d'un point de vu technique, la mise en œuvre d'une telle stratégie est loin de s'avérer coût-efficace par rapport à l'approche postale (Rimer et al., 2000 ; King et al., 1994 ; Stein et al., 2005 ; Saywell et al., 2004 ; Fishman et al., 2000). L'étude Cotelco se confronte à cet effet aux mêmes écueils constatés dans la littérature. Les entretiens téléphoniques sont chronophages (Stockamer et al., 2004), difficiles à organiser (Heranney et al., 2011) et trop coûteux dans leur ensemble (Heranney et

al., 2011 ; Prochaska et al., 1993). Les personnes à contacter sont difficiles à joindre (Ruffin et al., 2007 ; Hartge, 1999 ; Stein et al., 2005) et de plus en plus opposées à ce qu'une structure les sollicite (Majowicz et al., 2004 ; Robertson et al., 2000). Dans ces conditions, le conseil téléphonique ne peut guère en l'état se substituer à la relance classique par courrier. A fortiori dans le cadre d'un dépistage de masse où chacun des 500 000 individus de la base mérite selon le cahier des charges national qu'on puisse lui accorder la même attention et les mêmes chances de se faire dépister.

Pour améliorer le retour, les auteurs préconisent de prévenir par courrier le public concerné qu'il fera l'objet d'un entretien téléphonique (Hartge, 1999 ; Menon et al., 2011 ; Majowicz et al., 2004 ; Robertson et al., 2000) voire de lui demander son accord comme dans certaines études (Costanza et al., 2009 ; Trevena et al., 2008 ; Ludman et al., 1999). La mise en œuvre reste cependant compliquée et encore tributaire de l'approche postale (Heranney et al., 2011). Une autre solution consiste à engager des professionnels du téléphone (Hartge, 1999 ; Rimer et al., 2000) plutôt que des professionnels de santé. Un simple contact suffit à doubler la participation. En suivant une trame CATI, un téléprospecteur assurera donc pour un même effet un rendement beaucoup plus conséquent et rentable que des employés non familiarisés avec l'approche téléphonique. Il est également envisageable de contrecarrer les dispositifs de filtrage des appels en affichant le numéro de la structure.

Concernant l'usage spécifique de l'entretien motivationnel, l'étude Cotelco confirme que la stratégie s'adapte difficilement au téléphone (Rubak et al., 2005), notamment au cadrage imposé par le système CATI. Aussi proposons-nous en annexes un compromis de trame plus libre et non linéaire avec saisie à posteriori des données. Tout comme suggéré par Menon et collaborateurs (2011), le canevas ne rappelle aux conseillers que les compétences et les techniques à leur disposition pour mener l'entretien. L'option d'un conseil ajusté demeure toutefois toujours difficilement envisageable dans le cadre d'une communication de masse. Il peut être plutôt envisagé de former le personnel de la structure de gestion à la méthode afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du public concerné ou de consacrer les entretiens téléphoniques à une population plus ciblée (*première participation au dispositif, suivi des positifs, prise en charge des refus de participer*).

En résumé

Le programme *Cotelco* démontre qu'un conseil téléphonique adapté permet de satisfaire à l'ensemble des objectifs principaux d'ADECA Alsace et de notre thèse (*amélioration du processus décisionnel, amélioration de la participation ajustée au dépistage*). La stratégie sait intégrer les différentes préconisations théoriques et empiriques sur l'optimisation de la communication. Elle est en ce sens prometteuse. Pourtant, elle a su aussi trouver ses limites sur la question de la faisabilité et de son rendement, ce conformément au constat de la littérature qui pointe un préjudice de coût-efficacité du téléphone comparativement au courrier (Fishman et al., 2000 ; Heranney et al., 2011 ; King et al., 1994 ; Majowicz et al., 2004 ; Rimer et Libscomb, 2000 ; Stein et al., 2005).

Aussi est-t-il temps de considérer la deuxième option prévue en investigation, laquelle cadrerait davantage avec la stratégie d'invitation actuellement définie par le cahier des charges national du dépistage organisé, à savoir, le protocole d'invitation et de relances postales itératives valorisant l'implication et l'autonomie de la personne dans sa prise de décision.

Etude 2. Courrier_psy

Le programme d'intervention *Courrier_psy* est à l'instar de l'étude *Cotelco* le fruit d'un rapprochement entre ADECA Alsace et le laboratoire de psychologie sociale de la santé de Bordeaux. L'étude[5] est randomisée contrôlée. L'intervention propose une réécriture de la trame des courriers d'invitation et de relance actuellement adressés par la structure de gestion à la population cible.

L'étude vise à évaluer l'impact d'un choix informé et d'une communication engageante sur la satisfaction du bénéficiaire eu égard au processus d'information et de décision. Elle souhaite aussi mesurer un tel impact sur la participation ajustée au programme de dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace. Le volet consacré à l'engagement et aux processus de soumission librement consentie devait initialement faire l'objet d'une troisième condition téléphonique dans l'étude *Cotelco* au même titre que le conseil simple et l'entretien motivationnel. L'opérationnalisation a cependant due être différée d'un commun accord afin de ne pas retarder de manière critique le lancement effectif du programme.

I. Introduction

1. Objectifs de l'étude

Les objectifs étaient les mêmes que précédemment, à savoir les deux objectifs principaux concernant l'amélioration de la satisfaction du bénéficiaire eu égard au processus d'information et de décision (*objectif 1*) ainsi que l'augmentation de la participation ajustée au dispositif (*objectif 2*), mais aussi l'objectif secondaire de décryptage des facteurs de participation et de non participation au dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace.

Afin de répondre à ces objectifs, nous proposions d'évaluer la deuxième piste d'investigation que nous soumettions à l'aune de notre travail théorique ; l'option de mise en place d'un contexte d'autonomie et d'implication. L'autonomie et l'implication visent à limiter les influences délétères tant au traitement de l'information qu'à l'adhérence (*méfiance de la source, réactance psychologique, résistance*). Couplées à la stratégie de persuasion,

[5] L'étude a fait l'objet d'une communication aux 5èmes Journées Doctorales en Psychologie de la Santé intitulée « *Cancer colorectal et dépistage organisé en Alsace : la psychologie peut-elle aider à promouvoir une intervention de qualité ? ».*

elles promettaient ainsi de faire émerger chez l'individu un panel de motivations connexes susceptible de guider sa régulation dans le sens de l'adhérence.

2. Cadre théorique et paradigmes exploités

Nous l'avons vu, les campagnes d'éducation actuelles s'appuient pour la plupart sur des leviers obsolètes et non pertinents (Gallopel-Morvan, 2005 ; Job, 1988 ; Sitbon et Maresca, 2002) tablant sur l'anticipation quand l'hypermodernité pousse l'adulte à rester adolescent (*satisfaction des pulsions immédiates, désintérêt des conséquences*), misant sur la morale et le paternalisme quand l'hypermodernité érige déjà l'enfant de plus en plus tôt au rang d'adulte (*autonomisation précoce, implication dans les choix de consommation, libre arbitre*).

Plus que jamais, les individus affichent aujourd'hui leur détermination à agir et décider par eux-mêmes (Van Dam et al., 2013). Les campagnes de sensibilisation doivent en ce sens évoluer, intégrer cette volonté des individus à prendre part aux décisions qui les concernent et trouver par là-même un moyen de les informer, de les impliquer.

2.1. La perspective d'un Choix Informé

Prendre part aux décisions, c'est connaître les tenants et aboutissants de chaque alternative (*bénéfices, limites, écueils*). Les campagnes de promotion du dépistage en taisent cependant les risques, survendant l'efficacité du dispositif. Jørgensen et consorts (2008) qualifient de sorte sans réserve les actions de propagande.

Les individus ont d'un autre côté de plus en plus accès à l'information (e.*g. smartphones équipés d'Internet*) (Barus-Michel, 2006 ; Enriquez, 2006). Ils ne tardent pas à se heurter à des renseignements contradictoires, suscitant en eux l'ambiguïté (Han, Moser et Klein, 2006), le doute et la méfiance (Meszaros et al., 1996).

De plus en plus de professionnels de santé se déterminent ainsi à faire évoluer leur pratique, adhérant volontiers à la politique de transparence (Stefanek, 2011) du choix informé (Gøtzsche, Hartling, Nielsen et Brodersen, 2008 ; Irwig, McCaffery, Salkeld et Bossuyts, 2006 ; Jørgensen, Brodersen, Hartling, Nielsen et Gøtzsche, 2008).

2.1.1. Spécificité de l'approche

La perspective dérive du consentement éclairé médical. Elle s'en détache néanmoins par une forme moins standardisée (Rimer, Briss, Zeller, Chan et Woolf, 2004). Le professionnel ne présélectionne aucune option. Il ne cherche plus l'approbation de son patient à un choix bilatéral entre deux alternatives, autrement dit à un non-choix en vérité. Désormais, le patient a accès à l'intégralité de l'éventail d'options (Vennin, 2007). Il a ainsi connaissance des avantages, des limites et des risques à se faire comme à ne pas se faire dépister (Irwig et al., 2006 ; Jørgensen et al., 2008 ; Safarti, Howden-Chapman, Woodward et Salmond, 1998), devenant dès lors éclairé dans sa prise de décision.

2.1.2. Intérêt de la stratégie

La politique de transparence sert un intérêt pluriel. La première conséquence est de nature éthique. L'approche est une alternative au paternalisme libéral (Ploug, Holm et Brodersen, 2012). Elle privilégie l'éducation à la persuasion (G.R.E.D. 2012 ; Stefanek, 2011), ne surévalue pas les bénéfices de la recommandation et ne minimise ni ne tait les écueils du dispositif. La perspective fait vœu d'objectivité et de transparence, palliant de fait le pendant marketing de la sensibilisation (Wollochin, Schwartz, Black et Kramer, 2012).

La deuxième conséquence a trait à la qualité de la décision. Rimer et consorts (2004) établissent que le choix informé améliore le niveau et la qualité des connaissances spécifiques du sujet, ce que confirment les équipes encadrées par Smith (2010) et Steckelberg (2011). L'approche aide l'individu à réduire le conflit décisionnel qui l'habite. Elle est en ce sens implicative, favorise l'engagement et la satisfaction de la personne eu égard au processus d'information et de décision. Dans une société qui ne cherche plus à expliquer mais à trouver des responsables (Barus-Michel, 2006), où le monde médical vit dans la crainte du procès (Elmore et Fletcher, 2012 ; Leclet, 2012), le choix informé semble ainsi trouver naturellement sa place, concédant les incertitudes de la prévention, tout en amenant la population cible à se forger des attentes plus réalistes sur le dépistage (Gros, 2013).

La troisième conséquence est incitative. L'approche pallie les effets nuisibles d'un manque d'information en faisant la lumière sur les zones d'incertitudes du dépistage. Elle tend de fait à résoudre l'ambiguïté du message, et par là même, la méfiance des bénéficiaires à son encontre (Corneille, 1993 ; Han et al., 2006 ; Meszaros et al., 1996). Ces derniers sont

ainsi mis en confiance, ce qui réduit leur réactance (Coulter et Pinto, 1995 ; Petty et Cacioppo, 1977 ; 1979 ; Sitbon et Maresca, 2002) et les incline plus favorablement à suivre la recommandation (Homer et Kahle, 1990 ; Hovland et Weiss 1951).

2.1.3. Limites et écueils d'un choix informé

Pour autant, peu d'études testent l'impact de la perspective sur l'adhérence (Steckelberg, Hülfenhaus, Haastert et Mühlhauser, 2011). La raison en est que les partisans du choix informé ne considèrent pas la participation comme un critère de mesure pertinent du succès de la campagne. Elle ne rend ainsi pas compte selon eux de la qualité de la décision mais plutôt du rendement atteint. Un tel parti pris conduirait les annonceurs à une dérive dans leur manière de présenter le dépistage à la population (Irwig et al., 2006).

Le choix informé ne revêt néanmoins d'effet ni sur l'intention, ni sur les actes (Marteau et al., 2010 ; Steckelberg et al., 2011 ; Trevena et al., 2008). Il faut dire que c'est le propre des campagnes centrées sur l'information et l'éducation (Albarracin et al., 2006 ; Peterson et al., 2000). L'évocation des risques tend même dans certaines études à réduire la participation du public cible (Fenton, 2011 ; Rimer et al., 2004 ; Smith et al., 2010). Les stratégies sujettes à caution suscitent ainsi le doute (Fenton, 2011), la peur (Chu, 1966). Elles sont plus difficilement adoptées (Lerman et al., 1990) à fortiori lorsque leur coût n'est pas relativisé (Leventhal et Niles, 1964). Le recours au choix informé doit donc être mesuré sous peine d'induire des expectations rédhibitoires d'inconfort (Aimee et al., 2008 ; Senore et al., 2010), de douleur (Banks et al., 1995 ; Rosenstock, 1966 ; Senore et al., 2010) ou de dangerosité (Dabbs et Leventhal, 1966 ; Meszaros et al., 1996) de la recommandation.

L'exhaustivité de l'information ne figure de plus pas nécessairement une aide à la décision. L'éventail d'alternatives rend le message complexe (Fenton, 2011), confus (Han et al., 2006 ; Rothman et Kiviniemi, 1999) et en soi source de barrières (Mosca et al., 2006). Ascher (2006) évoque en ce sens la *tyrannie* des possibilités. Lewin (1935) quant à lui, parle du conflit à devoir faire un choix. Le public ne dispose pas d'un recul médical suffisant pour traiter l'information technique (Elmore et Fletcher, 2012 ; Stefanek, 2011). Benbassat et consorts (1998) distinguent à cet effet deux dimensions de la préférence du patient. La recherche d'information d'un côté, préférentiellement pratique (Kantola, Syme et Campbell, 1984 ; Moorman et Maturlich, 1993) et de l'autre, l'attitude envers le self-management de la

maladie ; les sujets rapportant ainsi vouloir être informés mais jugeant le médecin plus légitime qu'eux à prendre une décision médicale.

Ils s'en remettent alors préférentiellement à sa décision (Benbassat et al., 1998). C'est-à-dire à l'influence de la recommandation médicale (Jacobson et al., 2004 ; Karwalajtys et al., 2006). D'autres enjeux (*motivationnels, contextuels*) semblent dès lors sous-tendre l'implication. L'engagement (Kiesler, 1970 ; Kiesler et Sakumura, 1966) ambitionne de considérer de tels enjeux, étant admis comme un facteur d'émergence (Carré et Fenouillet, 2009) et d'autodétermination (Deci et Ryan, 2000) de la motivation.

2.2. La perspective d'une Communication Engageante

L'engagement définit en quoi les conditions impactent la conduite et en quoi la conduite mue et modèle en retour les aspirations motrices de l'individu, conditionnant la généralisation de son comportement. L'engagement repose sur des explications phénoménologiques de l'ordre de l'autoperception (Bem, 1967 ; 1972) comme sur des concepts d'autoprésentation (Harmon-Jones et Harmon-Jones, 2007 ; Steele, 1975) ou de dissonance cognitive (Festinger, 1957 ; Girandola, 1996 ; Joule, 1987a). Nous les évoquions en articulation.

2.2.1. Engagement et émergence de la motivation autonome

L'individu n'a pas directement accès à ses états internes. Il doit de fait déduire sa motivation à l'aune des actes qu'il commet (*«comme je fume, c'est que je dois aimer fumer »*) (Bem, 1967 ; 1972). On parle alors d'*autoattribution* et d'*isomorphisme acteur/observateur*. L'individu doit s'identifier au comportement, être assuré sans conteste de son caractère autodéterminé (Deci et Ryan, 2000).

Pour Kiesler (Kiesler, 1971 ; Kiesler et Sakumura, 1966), l'engagement est « *l'attache qui unit l'individu à ses actes comportementaux* » (Kiesler et Sakumura, p. 349). Il découle à cet effet d'une expression particulière de l'autoattribution (« *si je fume, c'est que j'aime fumer et fumerai encore* »). Chez Joule et Beauvois (1998), un tel lien observé ne figure pas l'engagement en lui-même ni n'en constitue la définition mais sa conséquence. Les auteurs soulignent que l'engagement correspond plutôt « *dans une situation donnée, aux conditions dans lesquelles la réalisation d'un acte ne peut être imputable qu'à celui qui l'a réalisé* » (Joule et Beauvois, 1998, p. 60). Ces conditions sont d'abord répertoriées par Kiesler et Sakumura (1966), puis par Joule et Beauvois (1998), lesquels définissent jusqu'à neuf critères

d'engagement ; quatre attenants à la visibilité de l'acte (*caractère public, explicite, irréversible, répété*), deux à son importance (*conséquences, coût*) et enfin trois à sa raison (*causes internes, externes, contexte de liberté*).

Un acte est donc engageant lorsqu'il est commis au su de tous (Joule et Bernard, 2008) ; des témoins pouvant certifier des circonstances précises de son déroulement (*nature de l'acte, auteur*). Il doit être irrévocable, cristallisé (*contrat verbal, signature*) (Putnam et al., 1994), ne pas soulever d'ambiguïté (*sens de la décision, motif de la mise en œuvre*) de sorte que l'auteur ne puisse plus s'esquiver. Kurt Lewin (1943) évoque un *gel de la décision*. L'acte est d'autant plus engageant qu'il est répété (Marchioli et Courbet, 2010), trahissant à l'individu l'expression de son concept de soi (Ouellette et Wood, 1998). Il l'implique quand ses retombées sont marquantes (*bénéfices, pertes*), ce d'autant que l'individu a dévolu des ressources à sa mise en œuvre (*efforts, affects, argent*). L'intérêt du sujet croit alors avec son investissement (Arkes et Blumer, 1985 ; Joule et Beauvois, 2002).

Pour conférer du sens à ses actions, l'individu recourt à deux pôles distincts d'attribution soit internes (*tributaires de soi*), soit externes (*tributaires des circonstances*). Les conditions de l'engagement aident là encore le sujet à mesurer sa part de volonté dans la détermination de la conduite (Kiesler et Sakumura, 1966) en limitant les justificateurs extrinsèques (*punitions, rétributions*) (Heilman, 1976) et/ou en réassurant sa liberté (*contexte de choix, absence de contraintes*). Le processus d'internalisation s'en trouve au final favorisé (Girandola et Roussiau, 2003), permet par là-même de faire émerger la motivation autonome de l'individu (Deci et Ryan, 2000) et donc de l'engager (Heilman et Garner, 1975 ; Kraut, 1973 ; Pascual et al., 2006).

2.2.2. Effets de l'engagement

2.2.2.1. Les effets sur la cognition

Le paradigme dit de la *soumission sans pression* (Joule et Beauvois, 1998) traite de l'impact de l'engagement à des actes non-problématiques, entendus convergents avec la cognition initiale du sujet (*valeurs, attentes*) (Dubois et Thomine, 2007 ; Foehl et Goldman, 1983 ; Fointiat, 2006 ; Uranowitz, 1975). La notion de soumission renvoyant simplement au fait que le sujet n'aurait pas présumé accomplir l'acte sans qu'il ne lui en ait été fait la requête. Le paradigme montre qu'un individu engagé dans un tel acte voit son attitude initiale

renforcée, la rendant de fait plus résistante aux cognitions contradictoires pouvant la mettre en danger (Coch et French, 1948 ; Kiesler et Sakumura, 1966).

Dans le cas d'actes problématiques, l'action paraît justement contre-attitudinale. Les effets de l'engagement sont étudiés ici par le champ de la *soumission forcée*, lequel dérive de la théorie de la dissonance de Festinger (1957). Le sujet réalise un acte engageant d'apparence contraire à ses principes. Ce peut être arrête de fumer après des années de tabagisme assumé (Joule et Beauvois, 2002 ; Priolo et Milhabet, 2008), réaliser de son propre chef un travail fastidieux (Festinger et Carlsmith, 1959 ; Joule et Girandola, 1995) ou renoncer sciemment à une alternative valorisée (Vaidis et Halimi-Falkowicz, 2007). Les exemples sont quotidiens et souvent motivés par des enjeux de pouvoir et d'autorité (Joule et Beauvois, 1981).

Conscient de son inconsistance (Girandola et Roussiau, 2003 ; Kantola et al., 1984), le sujet est rendu dissonant (Aronson, 1968 ; 1999 ; Channouf et al., 1993 ; Eyssartier, Joule et Guimelli, 2007), donc motivé à recouvrer l'équilibre (Aronson et Carlsmith, 1963 ; Beauvois, 2001 ; Colletti et Kopel, 1979 ; Grusec et Redler, 1980 ; Harmon-Jones et Harmon-Jones, 1999 ; 2000). Il tente à cet effet de réduire la saillance de l'élément inconsistant par un mécanisme de *trivialisation* (Fointiat et al., 2011 ; Harmon-Jones et Harmon-Jones, 2007 ; Martinie et Fointiat, 2010 ; Vaidis et Halimi-Falkowicz, 2007) ou en justifiant son entorse par des motivateurs externes. Le contexte d'engagement interdit cependant de telles régulations et l'individu ne peut dès lors se résoudre qu'à mettre en phase sa cognition avec le comportement irrévocable qu'il vient d'émettre (*rationalisation cognitive*) et/ou reproduire des actes consonants avec ce dernier (*rationalisation comportementale*).

2.2.2.2. Les effets sur le comportement

L'engagement impacte différemment l'attitude selon que la soumission soit *sans pression* (renforcement) ou *forcée* (changement). Ses effets sont toutefois les mêmes d'un point de vu comportemental. Joule et Beauvois (1998 ; 2002) rassemblent de fait les deux paradigmes derrière l'unique bannière de la *soumission librement consentie*, considérant la déclaration de liberté princeps dans la compréhension des mécanismes qui la sous-tendent.

L'impact comportemental de l'engagement est observable sur le long terme (Channouf et al., 1993) jusqu'à parfois plus d'un an (Girandola et Roussiau, 2003). L'engagement permet une stabilisation de la conduite (Colletti et Kopel, 1979). Il favorise sa réitération comme en

témoigne le poids qu'exercent les habitudes et les actes passés sur les actions présentes (Hagger et al., 2002 ; Pornpitakpan, 2004 ; Stokamer et al., 2004). Un sujet engagé adhère ainsi à des actes concomitants de nature de plus en plus coûteuse. On parle d'escalade.

L'engagement permet aussi la généralisation de l'acte à d'autres conduites (Dolin et Booth-Butterfield, 1995) sous réserve que l'individu opère une attribution interne de sa conduite initiale (ou *préparatoire*) et lui confère de plus un haut niveau d'identification (Beauvois, 2001 ; Girandola et Roussiau, 2003 ; Grusec et Redler, 1980 ; Lepper, 1973). Une identification basse est basée sur une description mécanique et opératoire des détails de l'action (« *je casse des œufs* », « *je recueil des échantillons de selles avec une spatule* »). Elle demeure trop spécifique et restreint de fait l'analogie de la conduite avec d'autres comportements. A l'inverse, une identification élevée est forgée à partir d'une description plus analytique sur le sens ou les effets de l'action questionnée (« *je fais à manger* », « *je choie ma famille* », « *je me fais dépister* », « *je préserve ma santé* »). Elle ouvre de fait le champ des comparaisons avec des actes servant le même intérêt. Ainsi, pour Wegner et consorts (1984), « *la connaissance de ce que l'on accomplit peut concourir au maintien d'actions antérieures et à la genèse de nouvelles actions* » (p. 270).

Les paradigmes d'*amorçage* (Cialdini, Cacioppo, Bassett et Miller, 1978 ; Girandola et Roussiau, 2003 ; Lopez, Lassarre et Rateau, 2011 ; Joule, 1987c) ainsi que du *leurre* (Joule, Gouilloux et Weber, 1989) décrivent tous deux cette persistance de l'individu dans son implication alors même que l'objet de sa motivation n'est plus disponible ou a évolué en sa défaveur (*coût expecté accru, gain moindre*). Les exemples sur la *dépense gâchée* et les *pièges abscons* (Arkes et Blumer, 1985) témoignent de cet emballement dans l'investissement. Ils sauraient expliquer dans l'étude de McInerney-Leo (2006) ce pourquoi des femmes restent consistantes dans leur pratique de la mammographie quand bien même apprennent-elles dans l'intervalle ne plus être prédisposées au cancer du sein.

2.2.3. Une considération des autres pans de la motivation

Les paradigmes d'engagement et de soumission librement consentie prennent acte de la motivation de la personne (*cognition génératrice*) (Joule et Beauvois, 1981 ; Harmon-Jones et Harmon-Jones, 2007). Ils considèrent tout autant l'influence des autres enjeux de la motivation. Particulièrement ceux guidés par son besoin d'autonomie (*autonomie, liberté*) et

d'appartenance (*respect des normes*), enrichissant en cela la compréhension des facteurs d'adhérence.

2.2.3.1. L'influence des attributions

L'individu agit conformément à son concept de soi (DeJong, 1979 ; Festinger, 1957 ; Girandola et Roussiau, 2003 ; Martinie et Fointiat, 2010). Il érige cette connaissance de lui-même par deux procédés.

S'instruisant tout d'abord sur la base d'hétéro-attributions, l'individu peut agir de la manière dont autrui l'étiquette. Le paradigme de l'*étiquetage* (Fointiat, Caillaud et Martinie, 2004 ; Goldman, Seever et Seever, 1982) montre à cet effet qu'un étiquetage positif en lien avec un comportement donné renforce l'adhérence du sujet au dit comportement (Joule, 2002 ; Joule et Bernard, 2008 ; Kraut, 1973 ; Stimpson et Waranusuntikule, 1987 ; Strenta et Dejong, 1981 ; Swinyard et Ray, 1979). Le processus est tel qu'il peut tout aussi bien guider les actes d'autrui en phase avec qui se voit ainsi étiqueté (Rosenthal et Jacobson, 1971).

L'individu peut aussi inférer son concept de soi à partir d'auto-attributions réalisées sur ses comportements antérieurs (Bem, 1967 ; 1972). Il devient alors « *à ses propres yeux le genre de personne qui fait cette sorte de choses»* (Freedman et Fraser, 1966, p. 201) et tente de s'y conforter (McArthur, Kiesler et Cook, 1969). Les actes passés sont préparatoires. Leur entreprise, dans un contexte d'engagement, permet à la personne d'en déduire sa motivation (Harris, 1972) et de devenir plus enclin à adhérer à des conduites de nature plus coûteuse (Burger, 1999 ; DeJong, 1979 ; Fern, Monroe et Avila, 1986). Le paradigme à l'étude est celui du *pied-dans-la-porte* (Freedman et Fraser, 1966). Nous rapportions son existence par l'évocation d'une escalade possible dans l'engagement. Le phénomène témoigne ce pourquoi certains individus s'investissent davantage dans la prévention des pathologies cardiovasculaires (Chartrand, Pinckert et Burger, 1999 ; Pliner, Hart, Kohl et Saari, 1974; Reingen, 1978), mettent en place des stratégies en faveur de l'arrêt du tabac (Bloom, Lipkus, Schwartz-Bloom, McBride et Feaganes, 1998 ; Joule, 1987c) et sont plus prompts à se faire dépister du cancer (Dolin et Booth-Butterfield, 1995) ou à donner leurs organes (Carducci et Deuser, 1984 ; Eyssartier, Joule et Guimelli, 2007 ; Girandola, 2002).

2.2.3.2. Respect des normes et maintien d'une image positive de soi

La norme ainsi décrite a trait à la consistance (Jouffre, Py et Somat, 2001). D'autres normes sont rendues saillantes par la publicité de l'acte (Lopez et al., 2011) et servent alors de guide au comportement (DeJong, 1979). Leur respect conditionnant l'intégration sociale des personnes (Sieverding et al., 2010). La norme de responsabilité incite ainsi un individu rendu autonome à tenir ses engagements sous peine d'en assumer les conséquences négatives (Harmon-Jones et Harmon-Jones, 2007). La norme est à l'épreuve dans le pied-dans-la-porte (Berkowitz et Daniels, 1963 ; Harris, 1972 ; Joule, 1987b). Le déviant encoure la mise en péril de la positivité de son image tant sur le plan personnel que public (DeJong, 1979). Il tente alors à la préserver (Steele, 1988) par son adhérence au comportement (Harris, 1972).

Afin de protéger son image, l'Homme social doit également agir en phase avec une norme dite de réciprocité (Gouldner, 1960). Les travaux de Mauss (1923-1924) sur le don et le contre don narrent l'obligation sociétale et morale d'assurer un paiement en retour des bénéfices perçus (contrepartie). Le paradigme de la *porte-au-nez* (Cialdini et al., 1975 ; O'Keefe et Hale, 1998 ; 2001) étaye le point de vue de la concession (Chertkoff et Conley, 1967 ; Cialdini et al., 1975 ; Cialdini et Ascani, 1976). Il décrit la propension de l'individu à adhérer plus favorablement à une requête dès lors qu'il vient de rejeter une première faveur au coût exorbitant. En consentant une sollicitation moins coûteuse, le demandeur révise sa position et semble aux yeux de l'individu avoir fait un pas en avant dans la négociation, c'est-à-dire avoir concédé un effort à son intention (Williams et Williams, 1989). En retour, l'individu redevable devient prêt à engager de lui-même plus de bonne volonté et d'abnégation (Brehm et Cole, 1966), répondant à la concession par la concession. Un effet boomerang du pied-dans-la-porte s'exprime parfois à cet effet quand le demandeur augure lui-même une violation de la norme de réciprocité (Chartrand, Pinckert et Burger, 1999 ; Cialdini, 1993).

2.2.3.3. L'influence des heuristiques et de la perception

L'influence sociale n'est pas que normative, elle est aussi informative et descriptive (Deutsch et Gerard, 1955). On parle de preuve sociale (Miller et al., 1969). L'individu perçoit comme légitime et moins risqué d'adhérer à un comportement lorsque d'autres le font (Cialdini et Schroeder, 1976). Le paradigme de *liste-puis-requête* met en lumière de tels enjeux. Reingen (1982) et Axsom et consorts (1987) notent une adhérence accrue des individus lorsqu'ils prennent connaissance de l'approbation d'autrui sur le comportement.

D'autres circonstances sont proches de celles décrites par le champ de la persuasion (McGuire, 1980 ; Lasswell, 1948 ; Rohrmann, 2000). Créer un rapport de proximité avec la personne optimise ainsi son adhérence (Guéguen, Martin et Meineri, 2011c), que ce soit par le toucher (Goldman, Kiyohara et Pfannensteil, 1984 ; Smith, Gier et Willis, 1982), la sollicitude (Fointiat, 2000 ; Meineri et Guéguen, 2011), la chaleur dans la voix ou un regard non fuyant (Goldman et Fordyce, 1983). Certaines formes sémantiques concourent également à cet effet comme la *politesse* (Brown et Levinson, 1987), la *formulation positive de la requête* (Enzle et Harvey, 1982 ; Ferrari et al., 1985a) ou l'*acquiescement répété*, observé dans le comportement d'arrêt du tabac (Marchand et Halimi-Falkowicz, 2009). C'est aussi le cas de la *surenchère* (Burger, 1986), de la *relativisation de l'investissement attendu* (Cialdini et Schroeder, 1976 ; Reingen, 1978) ou encore de l'*évocation sémantique de la liberté* (Fischer-Lokou, Martin et Guéguen, 2010 ; Guéguen et al., 2002 ; Pascual et al., 2009 ; Pascual et Guéguen, 2002).

Certaines circonstances induiraient un biais perceptif. L'hypothèse du contraste (Shanab et Isonio, 1982) explique ainsi le pied-dans-la-porte (DeJong, 1979 ; Goldman, Creason et McCall, 1981) ou la porte-au-nez (Guéguen, 2003 ; Guéguen, Jacob et Meineri, 2011b ; Miller, Seligman, Clark et Bush, 1976 ; Shanab et O'Neill, 1979). La requête préparatoire y est considérée telle une ancre perceptive sur laquelle se base la personne pour évaluer le coût de l'acte auquel elle est en instance d'adhérer. DeJong (1979) parle de niveau d'adaptation. Le nouveau référentiel rend par contraste le coût du second comportement beaucoup plus saillant que si l'individu ne s'était au préalable pas accoutumé à un certain niveau de stimulation et d'activité (Goldman et al., 1981 ; Miller et Suls, 1977). L'idée de subdiviser comme nous l'avons vu l'action en micro-objectifs hiérarchisés (DeBusk et al., 1994 ; Haskell et al., 1999) découle entre autre de cette appréciation du contraste perceptif.

2.2.3.4. La motivation à la résolution d'une tension

Parfois, les conditions sont telles qu'elles perturbent l'individu. Une bascule émotionnelle complète et rapide des émotions sature par exemple les capacités de traitement du sujet, le préparant de fait à l'adhérence. Les paradigmes de *crainte-puis-soulagement* (Birnbaumer et Schmidt, 1999 ; Nawrat et Dolinski, 2007) et de *perturbation-puis-recadrage* (Davis et Knowles, 1999 ; Santos, Leve et Praktanis, 1994) soulèvent de telles constatations. Dans la première situation, l'individu bousculé n'en reste pas moins au final soulagé de sa tension. Ce qui est loin d'être le cas dans le paradigme de perturbation-puis-recadrage où la personne, ici

déphasée, demeure dans une situation de tension décisionnelle jusqu'à ce qu'elle puisse s'en extirper par l'intermède du premier moyen de recadrage disponible.

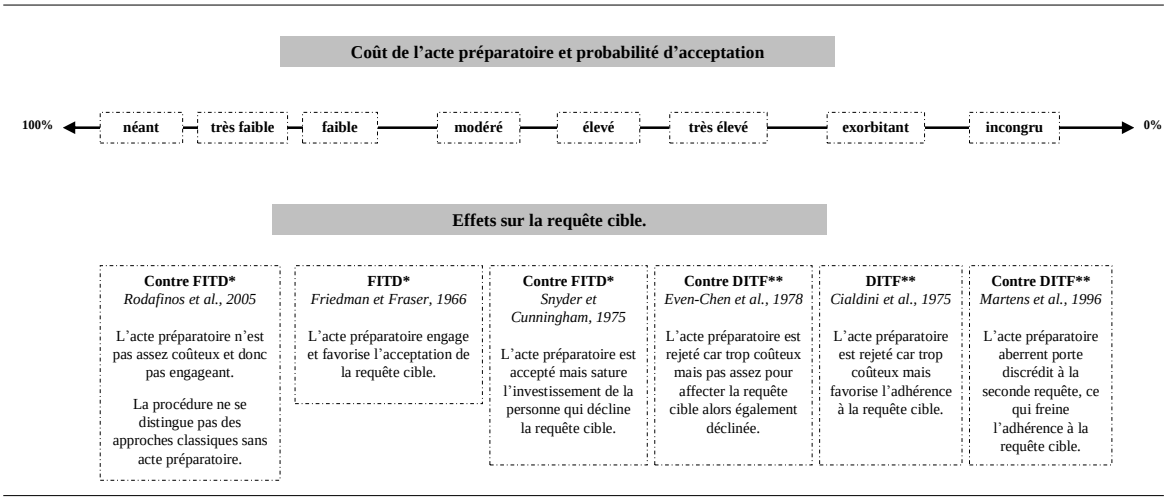
Comme nous l'avons vu dans le cadre d'étude de la dissonance (Festinger, 1957), l'adhérence peut ainsi s'entrevoir comme l'entreprise d'une stratégie œuvrant à la résolution d'une tension interne motivante (Joule, 1987a ; Vaidis et Halimi-Falkowicz, 2007). Le malaise psychologique s'installe dès lors que l'individu prend conscience des transgressions qu'il entretient avec les facettes centrales de son concept de soi. Le paradigme du *pied-dans-la-mémoire* ou d'*hypocrisie induite* (Aronson et al., 1991 ; Martinie et Fointiat, 2010) cerne de quelle manière un individu contrit de tant d'écarts avec ce qu'il prêche en vient à recouvrer l'apaisement par une rationalisation comportementale de son discours (Dickerson, 1992 ; Fointiat et Grosbras, 2007 ; Kantola et al., 1984), laquelle intervient sous réserve que la régulation soit sitôt à disposition (Fointiat et al., 2011).

Le respect de la consistance est en ce sens cruciale pour le maintien de l'intégrité psychologique. Elle conditionne la préservation d'une image favorable tant pour soi qu'aux yeux des autres (Brock, 1969). DeJong (1979) et Steele (1988) pointent le caractère motivationnel de ce maintien. Lorsque son image de soi est écornée et que son intégrité s'en trouve menacée, la personne éprouve une tension qui l'exhorte à un besoin de réparation immédiat. Son adhérence à l'acte trouve foi à travers cette initiative de restauration, qu'elle soit en situation d'*étiquetage négatif* (Guéguen, 2001 ; Steele, 1975) ou bien souhaite se racheter suite à son refus en condition de porte-au-nez (Guéguen, 2003).

D'autres sources d'inconforts motivationnels sont identifiées par le champ de l'engagement et de la soumission. L'acte est impliquant en soi. La relation entre le coût de l'acte préparatoire et l'adhérence à la conduite décrit une relation curviligne en *U* inversé (Joule, 1987b ; Miller et Suls, 1977) au même titre qu'une induction de peur que nous savons motivante (Janis, 1967).

La figure 14 schématise de tels effets (*absence de motivation, saturation*) à travers un continuum que nous établissons entre les paradigmes de pied-dans-la-porte et de porte-au-nez.

Figure 14. Relation entre le coût de l'acte préparatoire, sa probabilité d'acceptation et ses effets sur l'adhérence à la requête cible



**FITD=Foot-in-the-door / Pied-dans-la-porte ; **DITF=Door-in-the-face / Porte-au-nez*

Avec la réciprocité, qui constitue une source de tension tout autant motivante (Brehm et Cole, 1966), l'éprouvé de culpabilité (Jason et al., 1984) se révèle figurer un autre facteur explicatif de la porte-au-nez (Millar, 2002 ; O'Keefe et Hale, 1998). Sa régulation elle aussi trace une courbe d'effets en *U* inversé (Coulter et Pinto, 1995). Tout comme la peur, il est montré qu'un ressenti trop vif de culpabilité se révèle contreproductif à l'adhérence (Coulter, 1991). Un phénomène de réactance opère alors. Un tel mécanisme a pour fonction de préserver l'intégrité des ressources psychologiques de l'individu, ce telles que son image de soi, mais également son besoin central d'autonomie et de contrôle dont la mise en défaut incommode le système (Ackerman et Hilsenroth, 2001 ; Brehm, 1966 ; Hettema et al., 2005). L'individu peut témoigner d'un tel malaise par procuration, lorsqu'il fait montre par exemple d'empathie ou de compassion. Il cherchera alors de la même manière que son modèle à réguler la tension qu'il partage avec lui (Aderman et Berkowitz, 1970 ; Batson et al., 1979).

2.2.4. Atouts et pertinence de l'approche en prévention

Plus que de prodiguer un fondement théorique au constat de la littérature sur le poids des actes passés (Hagger et al., 2002), des habitudes (Triandis, 1977) ou des normes sociales sur le comportement (Sheeran et Orbell, 2000 ; Sieverding et al., 2010), la théorie de l'engagement décrit les facteurs d'implication (Kiesler et Sakumura, 1966), permettant en cela de les optimiser. Les applications sont diverses. L'engagement contribue entre autre à ce que des individus se protègent davantage durant leurs rapports (Aronson et al., 1991), limitent leur consommation de cigarettes (Bloom et al., 1998 ; Joule, 1987c) et mangent plus sainement

(Millar, 2001 ; 2002). Il aide aussi à ce qu'ils fassent don de leur sang (Cialdini et Ascani, 1976 ; Foehl et Goldman, 1983), de leurs organes (Carducci et Deuser, 1984), changent leurs représentations par rapport au cancer (Broc, 2009a) ou bien s'en fassent plus certainement dépister (Dolin et Booth-Butterfield, 1995 ; Rothman et al., 1993).

L'engagement inspire de nombreuses approches comme l'intention implémentée (Gollwitzer, 1993), l'automanagement (DeBusk et al., 1994), le modeling participatif (Bandura, Adams et Beyer, 1977), ou encore les approches centrées sur le client telles que l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2006) et la méthode transthéorique (Prochaska et DiClemente, 1982) abordés plus tôt. Un rapprochement de l'engagement avec la persuasion est par ailleurs postulé par Joule au travers de la communication engageante ou *binding theory* (Girandola et Joule, 2008 ; Joule 2000 ; Joule, Py et Bernard, 2004). La démarche articule les approches rhétoriques et technologiques de l'information (Joule et Halimi-Falkowicz, 2007). Elle prend ainsi respectivement en compte l'influence des critères de communication (McGuire, 1999 ; Laswell, 1948) et le poids des actes (Deschamps, Joule et Gumy, 2005 ; Hagger et al., 2002 ; Joule et Beauvois, 1999 ; 2002) dans la prédiction du comportement. L'approche configure de sorte un complément essentiel à la communication classique (Bernard, 2007 ; Joule et Bernard, 2008). Elle tend à faire du récepteur un partenaire actif dans la sensibilisation (Girandola et Joule, 2006 ; Joule et Bernard, 2008), l'impliquant davantage dans ses choix et le rendant plus autonome et satisfait de ses décisions (Coch et French, 1948 ; Grandjean et Guéguen, 2011 ; Guéguen et al., 2011a).

L'implication permet de favoriser le changement (Girandola et Roussiau, 2003 ; Miller, Brickman et Bolen, 1975), comme il est constaté sur l'observance médicamenteuse (Putnam et al., 1994), la prévention des maladies nosocomiales (Quintard, Lecigne, Pascual, Rogues et Parneix, 2010) ou la participation au dépistage du cancer (Rothman et al., 1993), et au contraire des situations pouvant diluer la responsabilité de la personne (Berkowitz, 1973 ; Darley et Latané, 1968). Aussi la communication engageante montre-t-elle des résultats encourageants pour décupler l'effet isolé des deux stratégies de sensibilisation (Joule et Halimi-Falkowicz, 2007 ; Marchioli et Courbet, 2010 ; Priolo et Milhabet, 2008).

3. Intérêt des outils au vu des objectifs de l'étude

3.1. Intérêt d'un choix informé

Prodiguer une information exhaustive sur les avantages, les limites et les risques à se faire dépister permet d'améliorer le niveau et la qualité des connaissances du bénéficiaire sur le thème abordé (Gros, 2013 ; Rimer et al., 2004 ; Smith, 2010 ; Steckelberg, 2011). La perspective du choix informé favorise comme nous l'avons vu l'implication de l'individu dans la prise des décisions qui le concernent (Van Dam et al., 2013). Elle diminue sa résistance, augmente sa satisfaction. Le choix informé s'attache de fait particulièrement aux considérations de l'*objectif 1* de notre travail de recherche, à savoir trouver un moyen d'améliorer la qualité du processus d'information et de décision.

Le choix informé n'augmente en revanche pas la participation (Marteau et al., 2010 ; Steckelberg et al., 2011 ; Trevena et al., 2008), voire s'avère délétère (Fenton, 2011 ; Rimer et al., 2004 ; Smith et al., 2010). L'emploi de la stratégie semble dès lors se poser en contradiction avec l'*objectif 2* de notre thèse. Tout du moins de prime abord.

La stratégie dispose pourtant d'éléments susceptibles de motiver l'adhérence. Elle met notamment l'emphase sur la liberté de décision de la personne (*libre choix ; droit de refus ; panel d'alternatives*), laquelle constitue en soi un facteur d'engagement et de soumission librement consentie particulièrement effectif sur l'adhérence (Guéguen et Pascual, 2000 ; Guéguen et al., 2002 ; Pascual et al., 2009). Le choix informé véhicule selon nous d'autres influences. Il donne à voir des éléments boostant la crédibilité perçue de la source (*expertise de la source médicale ; source transparente et digne de confiance*) et intensifie de fait la persuasion (Homer et Kahle, 1990 ; Hovland et Weiss 1951 ; Husek, 1965 ; Shanab et O'Neill, 1979). La transparence est également gage de sécurité. Elle tempère la méfiance des bénéficiaires (Corneille, 1993 ; Han et al., 2006 ; Meszaros et al., 1996) et réduit leur réactance (Coulter et Pinto, 1995 ; Petty et Cacioppo, 1977 ; 1979 ; Sitbon et Maresca, 2002), ce qui contribue à optimiser la compliance aux recommandations (Homer et Kahle, 1990 ; Hovland et Weiss 1951).

↳ *La perspective fera donc l'objet d'un courrier A : Autonomie et choix informé.*

3.2. Intérêt d'un recours à une communication engageante

La communication engageante propose une articulation des stratégies centrées sur l'information et la persuasion avec les paradigmes de l'engagement, cumulant de fait leurs bénéfices respectifs (Girandola et Joule, 2008 ; Joule 2000 ; Joule, Py et Bernard, 2004). La coaction des deux champs permet d'améliorer l'adhérence (*objectif 2*) (Joule et Halimi-Falkowicz, 2007 ; Marchioli et Courbet, 2010 ; Priolo et Milhabet, 2008). Elle permet également de renforcer l'autonomie, l'implication, l'esprit d'initiative et la satisfaction de la personne eu égard au processus de décision (*objectif 1*) (Arkes et Blumer, 1985 ; Coch et French, 1948 ; Grandjean et Guéguen, 2011 ; Guéguen et al., 2011a).

3.2.1. Intérêt d'une communication persuasive

L'intérêt de la communication persuasive est principalement d'inciter les personnes à adopter la recommandation (*objectif 2*). Cela en permettant d'optimiser le traitement du message par le sujet (Cacioppo et Petty, 1984 ; Dignan et al., 1994 ; Hansen et Robinson, 1980 ; Rothman et Kiviniemi, 1999) (*raccord au 1er principe du modèle articulateur*), d'induire ou de renforcer chez lui une motivation préexistante (Boer et Seydel, 1995 ; Girandola, 2000 ; Rosenstock, 1966 ; Witte, 1992) (*raccord au 2nd principe*) pour la canaliser ensuite dans le sens du changement. La persuasion permet en outre de faciliter l'adhérence aux recommandations (DeBusk et al., 1994 ; Legler et al., 2012) (*raccord au 3ème principe*) tout en limitant la prégnance des influences délétères (Petty et Cacioppo, 1979) (*raccord au 4ème principe*). Dans le cadre de la persuasion, la façon de dire les choses est ainsi presque plus importante que le contenu du message. Cela nous évoque le concept de *diplomatie*.

Les outils et les procédés de la persuasion sont ceux préconisés par les modèles explicatifs du traitement de l'information (Cacioppo et Petty, 1984) et de l'autorégulation (Bandura, 1991 ; Hall et Fong, 2007 ; Lang et Carstensen, 2002 ; Leventhal et al., 1984) (*cadrage de la communication, valorisation du sentiment d'auto-efficacité, sensibilisation adaptée au risque, gestion des indices systématiques et heuristiques du message, etc.*), lesquels à notre sens permettent d'appréhender et d'obvier l'interférence de la peur (Chaiken et al., 1996 ; Das et al., 2003 ; Girandola, 2000 ; Leventhal, 1971 ; Rogers, 1975) comme de la temporalité (Hall et Fong, 2007 ; Zimbardo et Boyd, 1999), soient deux des trois facteurs enclins à expliquer avec le désir d'autonomie les freins au dépistage du cancer dans nos sociétés hypermodernes (*cf. étude du contexte*).

↳ *La perspective fera donc l'objet d'un courrier B : Autonomie et diplomatie.*

3.2.2. Intérêt d'une adaptation du pied-dans-la-porte

Le pied-dans-la-porte met à ce titre davantage d'emphase sur l'autonomie (*contexte de liberté*). Le paradigme permet d'augmenter significativement l'adhérence au comportement cible (Guéguen et al., 2008 ; Harris, 1972 ; Pascual et Guéguen, 2005 ; Pliner et al., 1974) (*objectif 2*). Il optimise en outre la remontée des informations aux enquêtes (Hansen et Robinson, 1980). Cela laisse à penser l'approche efficiente en vu d'augmenter la pratique du test mais aussi la remonté des exclusions médicales, soient les deux pendants de la participation ajustée (*objectif 2*). D'un autre côté, le paradigme permet l'implication des personnes, favorisant de fait leur identification à la prise de décision et donc leur satisfaction (Grandjean et Guéguen, 2011 ; Guéguen et al., 2011a) (*objectif 1*).

Notons que l'opérationnalisation du *pied-dans-la-porte* ne se fera pas dans les conditions aseptisées du laboratoire. La visée est appliquée. Elle ambitionne un compromis entre le respect des modalités optimales du paradigme (Beaman, 1983 ; Burger, 1999 ; DeJong, 1979 ; Fern et al., 1986) et la réalité du terrain. Il s'agira de fait d'une adaptation.

Il n'est ainsi pas envisagé de pouvoir recourir à un acte préparatoire. Tout du moins pas à long terme sur une base moyenne de 500 000 individus ; chaque courrier supplémentaire ayant un coût unitaire minimum de $0,^{60}$ € représentant près de 300 000 € sur le budget global de la campagne (cf. annexes), et nous mesurons désormais la difficulté d'établir une telle requête par téléphone (*cf. Cotelco*). Nous convierons donc à la place les sujets à se remémorer leurs propres conduites de prévention, leurs propres actes préparatoires, et à les unir sous la bannière d'une unique cognition ; *leur motivation intrinsèque à veiller sur leur santé*.

Nous en sommes bien conscients ; l'action gagne en faisabilité ce qu'elle tend à perdre en efficacité. De notre point de vue, il serait néanmoins frustrant pour ADECA Alsace d'avoir entre les mains une solution miracle hélas impossible à mettre en œuvre. Cela d'autant plus qu'une stratégie approchante, le *pied-dans-la-mémoire,* montre des bénéfices évidents sur l'adhérence (Aronson et al., 1991 ; Girandola et Roussiau, 2003 ; Martinie et Fointiat, 2010), la dissonance court-circuitant le recours aux stratégies défensives (Joule, 1987a).

↳ *La perspective fera donc l'objet d'un courrier C : Autonomie, diplomatie et valorisation de la motivation intrinsèque.*

3.2.3. Intérêt d'une adaptation de la porte-au-nez

La *porte-au-nez* améliore sans conteste l'adhérence (Cialdini et al., 1975 ; DeJong, 1979 ; Dillard, Hunter et Burgoon, 1984 ; Fern et al., 1986 ; O'Keefe et Hale, 1998 ; 2001 ; Pascual et Guéguen, 2005). Elle a l'avantage de produire des effets même par écrit (Guéguen, 2003 ; O'Keefe et al., 2001). Associé au bénéfice de la communication persuasive, le paradigme représente une piste d'investigation sérieuse pour susciter la participation (*objectif 2*), ce d'autant plus qu'il bénéficie d'un retour particulièrement positif de la part des médecins (Millar, 2001) et des individus y étant exposés (Benton et al., 1972 ; Cialdini et Ascani, 1976), améliorant de sorte la qualité du processus de décision (*objectif 1*).

De la même manière que précédemment, notre application s'inspire de la *porte-au-nez* sans être la *porte-au-nez*. Elle ne s'apparente à aucun paradigme connu. L'adaptation veille néanmoins à poursuivre les mêmes enjeux, à savoir faire appel aux ressources valorisées de l'individu (*sens des responsabilités, de la réciprocité, autonomie*), lesquelles renvoient aux trois maillons centraux de sa motivation (*besoin de compétence, d'appartenance et d'autonomie*) (Deci et Ryan, 2000 ; Ryan et Deci, 2000).

Comme nous le verrons, la déclinaison sollicitera particulièrement la responsabilisation, centrale dans l'implication de la personne dans ses décisions comme dans ses actes (Berkowitz, 1973 ; Darley et Latané, 1968) (*objectif 1*). Cela en mettant l'emphase sur son autonomie (*contexte de liberté*) tout en l'amenant à considérer l'importance d'acter une décision quelle qu'elle soit (*faire le test, retourner le coupon*), à fortiori lorsque l'instigateur de la requête s'avère être aussi respectable (Goldman et al., 1984 ; Takemura, 1993) qu'ADECA Alsace (*association à but non lucratif, prévention de la santé*).

↳ *La perspective fera donc l'objet d'un courrier D : Autonomie, diplomatie et responsabilisation.*

3.2.4. Conformité de la communication engageante avec l'articulation

La *table 12* ci-après illustre la façon dont la communication engageante peut permettre de satisfaire aux principes d'amélioration (*leviers*) des campagnes de promotion issus de notre travail théorique. La grille servira de canevas à la rédaction du courrier de persuasion *B – Autonomie et diplomatie* – ainsi que des courriers de communication engageante *C –*

Autonomie, diplomatie et valorisation de la motivation intrinsèque – et *D – Autonomie, diplomatie et responsabilisation –.*

Table 12. Correspondance entre les principes du modèle articulateur et les apports de la communication engageante

1)	***La communication doit être accessible pour être pertinente.***
	- Utiliser des indices centraux et périphériques pour susciter l'attention du sujet quelle que soit sa probabilité d'élaboration. - Employer un discours ajusté à sa compréhension (*langue, vocabulaire non spécifique*). - Soigner les caractéristiques du message (*vividité, couleurs, concision, effets d'emphase*). - Privilégier un canal adapté à l'usage du public ciblé par la communication (*invitations postales*).
2)	***La communication doit pouvoir susciter ou réactiver un inconfort motivant.***
	- Sensibiliser le sujet à la sévérité du risque par un dosage adéquat de la menace (*perspective d'atteinte d'une ressource*). - Susciter chez lui un sentiment de vulnérabilité par un cadrage proximal du risque. - Susciter chez lui un sentiment de vulnérabilité par l'emploi de qualificatifs (*fréquence*) plutôt que par l'épidémiologie. - Susciter chez lui un sentiment de vulnérabilité par un cadrage négatif impliquant.
3)	***La communication doit savoir appuyer et soutenir les vecteurs du changement.***
	- Faire prendre conscience à la personne que le comportement permet un contrôle sur le risque (*forte utilité perçue*). - Induire chez elle un sentiment d'efficacité élevé par un cadrage positif des bénéfices de l'action recommandée. - Induire chez elle un sentiment d'efficacité élevé par un cadrage proximal de ces bénéfices. - Valoriser la confiance de la personne en ses capacités à mettre en œuvre la recommandation (*étiquetage, soutien*). - Renforcer son sentiment d'auto-efficacité en lui faisant percevoir la solution de manière moins coûteuse (*praticité*). - Valoriser son expérience passée (*actes préparatoires*) et lui faire remémorer son expérience vicariante. - Impliquer l'individu par la mise en place d'un contexte d'engagement (*internalisation, haut niveau d'identification*).
4)	***La communication doit veiller à ne pas induire d'inconfort délétère au changement.***
	- Limiter les informations laissant penser à tort à l'inutilité de la solution (*limites du test*). - Restreindre les données non significatives pouvant faire assimiler la recommandation à un danger (*effets secondaires*). - Lever l'ambiguïté de la communication (*consensus entre experts*). - Valoriser l'autonomie de la personne (*contexte de choix, évocation sémantique de la liberté, partenariat*).
5)	***La communication doit faire émerger les tensions incompatibles avec le statu quo.***
	- Prendre en considération l'éventail complet des motivations du sujet à réaliser le comportement (*besoin de compétence, besoin d'appartenance, besoin de contrôle*). - Mettre la personne en condition de ne pouvoir assouvir certaines motivations qu'au moyen de l'action recommandée (*maintien d'une image favorable, respect des normes de responsabilité, de réciprocité, de consistance*). - Susciter et/ou amplifier certaines tensions-rebond (*peur, culpabilité, dissonance*).

4. Formalisation des hypothèses théoriques

Nous formulons donc les hypothèses suivantes, au regard des objectifs principaux de notre étude :

↳ L'*hypothèse H1* (relative à l'objectif 1). La procédure a un impact sur la satisfaction du sujet eût égard au processus d'information et de décision. On s'attend à ce les procédures expérimentales centrées sur l'autonomie et l'implication (choix informé, communication engageante) aient un impact positif sur cette satisfaction par rapport à la procédure contrôle.

↳ *L'hypothèse H2* (relative à l'objectif 2). La procédure a un impact sur la remontée des motifs de non participation. On s'attend à ce les procédures expérimentales centrées sur l'autonomie et l'implication (choix informé, communication engageante) aient un impact positif sur le retour des exclusions par rapport à la procédure contrôle.

↳ *L'hypothèse H3* (relative à l'objectif 2). La procédure a un impact sur la participation ajustée. On s'attend à ce les procédures expérimentales centrées sur l'autonomie et l'implication (choix informé, communication engageante) aient un impact positif sur la participation de la population éligible par rapport à la procédure contrôle.

II. Méthode

L'étude *Courrier_psy* est une recherche randomisée contrôlée s'inscrivant sur le dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal par Hemoccult®. L'intervention respecte la stratégie habituelle d'invitation définie par le cahier des charges national du dépistage organisé. Soient un courrier d'invitation à T_0 et des relances itératives R_1, R_2^{+test} et R_3 à respectivement T_{+6mois}, $T_{+10\ mois}$ et $T_{+12\ mois}$.

1. Population

La figure 15 planifie l'organisation de l'étude *Courrier_psy*. Elle anticipe la répartition des sujets au sein des trois principaux bras de l'intervention. Soient les groupes :

- phase de l'invitation (*groupe 1 vs groupe 2*).
- type de courrier (*A vs B vs C vs D vs GC*).
- statut de participation antérieure du sujet au test (*participant P vs non-participant NP*).

L'étude porte sur un échantillon de la population alsacienne (Haut-Rhin et Bas-Rhin confondus) éligible au dépistage organisé du cancer colorectal (*cf. étude Cotelco*).

Deux groupes de 12 000 sujets sont constitués :

- un groupe invitation (*groupe 1*) pour lequel les sujets ont entre 50 et 52 ans et relèvent d'une toute première invitation à la campagne.
- un groupe relance (*groupe 2*) pour lequel les sujets ont entre 50 et 75 ans et relèvent de la deuxième relance postale avec envoi du test (R_2^{+test}). Une distinction est opérée entre :

  - les *participants* (P) qui ont déjà fait au moins une fois le test sans le refaire (non-fidélisés) ou le font tous les deux ans régulièrement (fidélisés).
  - les *non-participants* (NP) qui n'ont jamais fait le test Hemoccult®.

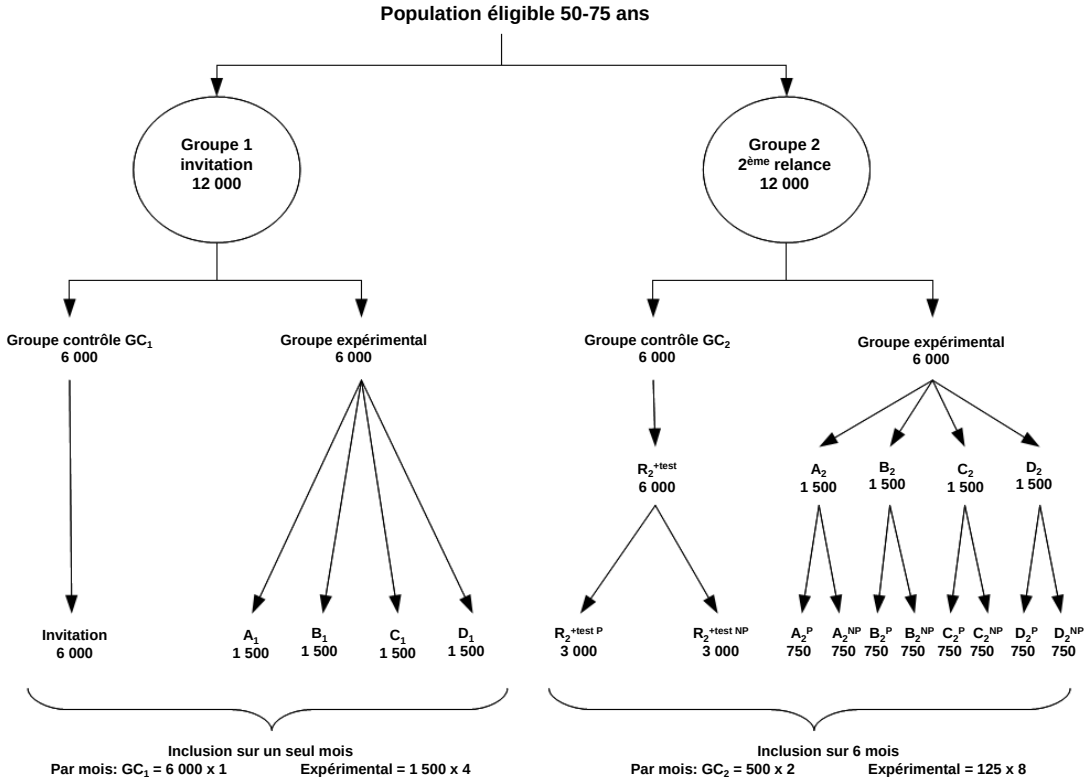


Figure 15. Schéma du déroulement prévisionnel de l'étude Courrier_psy

2. Procédure

2.1. Constitution des groupes et intégration des sujets

2.1.1. Groupe 1. Invitation

Parmi les 12 000 sujets du groupe 1, sont assignés par tirage au sort :

- 6 000 sujets pour le *groupe contrôle* (GC_1) dans lequel la stratégie d'invitation suit les modalités habituelles du cahier des charges national, soit un courrier *invitation* à T_0.
- 6 000 sujets pour le *groupe expérimental* (GE_1) dans lequel le contenu du courrier d'invitation est modifié. Les sujets du groupe GE_1 sont à leur tour répartis par tirage au sort dans 4 bras expérimentaux, soient:

  - 1500 sujets pour le courrier A_1.
  - 1500 sujets pour le courrier B_1.
  - 1500 sujets pour le courrier C_1.
  - 1500 sujets pour le courrier D_1.

Les sujets du groupe 1 sont inclus dans l'étude au mois de juillet 2012. L'intégralité des courriers est envoyée en début de mois. Les sujets ne répondant pas reçoivent une première relance à T_{+6mois}, une deuxième relance avec envoi du test à $T_{+10mois}$ et une troisième et dernière relance à $T_{+12mois}$.

2.1.2. Groupe 2. Relance 2

Les 12 000 sujets du groupe 2 sont inclus progressivement dans l'étude entre juillet 2012 et décembre 2012 (6 mois) à raison de 2 000 sujets par mois. Sur ces 2 000 sujets, une randomisation est effectuée et définit 2 groupes de 1 000 personnes:

- un groupe *participant* (P) composé de personnes ayant fait le test au moins une fois.
- un groupe *non participant* (NP) n'ayant jamais fait le test.

Sur les 1 000 sujets du *groupe P*, 500 sont assignés par tirage au sort au groupe contrôle et 500 au groupe expérimental. La même démarche est effectuée pour le *groupe NP*, soient :

- 1 000 sujets pour le *groupe contrôle* (GC_2) dans lequel la stratégie d'invitation et d'exclusion suit les modalités habituelles du cahier des charges national, soient des invitations postales itératives : une à T_0, une première relance à T_{+6mois} et une deuxième relance classique avec envoi du test à $T_{+10mois}$ (R_2^{+test}).
- 1 000 sujets pour le *groupe expérimental* (GE_2) dans lequel le contenu de la deuxième relance postale avec envoi du test se trouve modifié. Le choix de 1 000 sujets a été déterminé pour réduire le coût des envois en nombre par la structure.

Les 500 participants (P) et les 500 non-participants (NP) du groupe expérimental sont également répartis par tirage au sort dans les 4 bras expérimentaux, soient :

- 250 sujets pour le courrier A_2 (125 P et 125 NP).
- 250 sujets pour le courrier B_2 (125 P et 125 NP).
- 250 sujets pour le courrier C_2 (125 P et 125 NP).
- 250 sujets pour le courrier D_2 (125 P et 125 NP).

Les sujets du groupe 2 ne répondant pas reçoivent une troisième et dernière relance à $T_{+12mois}$ après l'invitation, c'est-à-dire 2 mois après la deuxième relance.

2.2. Outils

2.2.1. Matériel

L'envoi des courriers se fait au moyen d'enveloppes assorties du logo officiel du Ministère de la Santé (cf. annexes). ADECA Alsace attend du procédé qu'il limite l'assimilation du courrier à un prospectus publicitaire et favorise en cela son traitement. A notre sens, une telle démarche rehausse quelque peu l'adhérence, actant sur la crédibilité de la source (Hovland et Weiss 1951) ou des effets de crainte (*incertitude sur le motif d'adressage d'un courrier officiel ; confusion du logo avec celui employé pour la notification des amendes*) puis de soulagement (Nawrat et Dolinski, 2007).

Un dépliant est joint à l'envoi (cf. annexes). Il informe sur le cancer colorectal et sur le dépistage organisé. La brochure articule des indices de sévérité (« *deuxième cause de décès par cancer en France* ») et de vulnérabilité (« *aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans* »). Le test y est présenté comme un moyen efficace (« *on peut déceler très tôt* » ; « *plus on le détecte tôt, plus les traitements sont simples et les chances de guérison importantes* ») de se «*protéger du cancer colorectal* ». Le dépliant renforce le sentiment d'efficacité personnelle (« *test simple* » ; « *pratique* » ; « *quelques minutes* » ; « *chez vous* ») mais nuance en précisant les limites du test (*saignements non-identifiés*), les risques de la coloscopie (« *ses rares complications* »).

En relance 2, le test est joint avec sa notice d'utilisation (cf. annexes).

2.2.2. Déclination des courriers

2.2.2.1. Le courrier classique GC

Le courrier d'invitation et la relance R_2^{+test} sont ceux classiquement employés par ADECA Alsace (*cf. annexes*). Les trames sont nominatives (*civilités, date de naissance, caisse d'affiliation*) de sorte à motiver le traitement (Dignan et al., 1994 ; Edwards et al., 2002). Elles mêlent des induits d'expertise (« *spécialistes* » ; « *votre régime d'Assurance Maladie* » ; « *les Conseils Généraux* ») et de proximité identitaire (« *en Alsace* » ; « *votre* » ; « *de la région* ») renforçant la crédibilité perçue du message (Hovland et Weiss, 1951). Le signataire est médecin donc légitime (Weeb et Sheeran, 2006) (« *votre médecin généraliste, partenaire d'ADECA Alsace* »). La référence permet à ADECA Alsace de reconnaître l'investissement des médecins traitants dans le dépistage organisé. Elle permet aussi de renforcer l'impact de l'intervention (Hewitson et al., 2011 ; Karwalajtys et al., 2006 ; Stein et al., 2005 ; Zajac et al., 2011) compte tenu du poids de l'avis médical (Cole et al., 2002 ; Menon et al., 2011 ; Streltzer et Koch, 1968 ; Zajac et al., 2011).

Question sensibilisation, le courrier GC articule la vulnérabilité (« *vous avez entre 50 et 74 ans, vous êtes concerné* » ; « *le cancer colorectal est fréquent* » ; « *particulièrement en Alsace* ») mais pas la sévérité ; le cancer représentant une menace explicite en soi. La solution, quant à elle, est introduite par un cadrage positif centré sur les bénéfices de l'action recommandée (« *dépisté tôt, on peut […]* »). Elle est présentée comme efficace (« *En Alsace, la campagne a déjà permis de guérir 428 cancers et d'en éviter 2166* »), l'effet étant appuyé par un procédé de surenchère (« *le cancer […] peut être guéri et même évité grâce au dépistage* » ; « *on peut le guérir 9 fois sur 10. Il est même possible d'en éviter un grand nombre* ») (Burger, 1986). Des évocations de praticité (« *un test simple à faire chez soi* » ; « *simple à utiliser* »), de gratuité (« *pris en charge à 100%* ») et de soutien (« *il vous conseillera et répondra à vos questions* ») renforcent enfin le sentiment d'auto-efficacité.

En invitation, le courrier GC_1 adresse le sujet à son médecin traitant (« *nous vous invitons à vous rendre chez votre médecin généraliste* »). Il lui explique succinctement ce qu'il doit attendre de la consultation (« *il vous conseillera* » ; « *vous remettra le test* »).

En deuxième relance, le courrier GC_2 porte directement l'attention du sujet sur le test joint. Il décrit les grandes lignes de la démarche d'utilisation, le renvoyant à la notice explicative. La trame ne fait aucune distinction entre participants (P) et non-participants (NP)

(*envoi standard*). Un coupon-réponse (*cf. annexes*) sert aux sujets relancés à renseigner tout motif de non participation (« *si vous n'êtes pas concerné ou ne désirez pas bénéficier de ce dépistage* […]»). L'encadré est le même que dans l'étude Cotelco (*cf. figure 12*). Pour inciter les sujets à le renseigner, l'accent est porté sur leur sens du civisme et de l'éco-citoyenneté (« *merci de nous en informer […] cela nous évitera de vous relancer inutilement et nous permettra d'économiser cet argent pour une meilleure utilisation des fonds publics* »).

2.2.2.2. Déclinaison du courrier A

Le courrier A (*cf. annexes*) est ergonomique. Les blocs principaux d'informations qu'il contient se détachent distinctement, les titres marqués par une police plus lisible (*caractères gras, plus élevés*), cela pour capter l'attention du récepteur et susciter son intérêt même en lecture superficielle (Petty et Cacioppo, 1986). La référence impersonnelle au médecin signataire (Hewitson et al., 2011) se voit par ailleurs remplacée par le nom du médecin référant d'ADECA Alsace (« *Dr. Isabelle GENDRE, Médecin coordinateur* »).

La trame du courrier A recèle plusieurs informations (*épidémiologie du cancer, histoire médicale, sensibilisation sur les bénéfices du dépistage, sensibilisation sur ses limites et ses risques*). La menace est portée par des indices de vulnérabilité (« *fréquent* » ; « *vous concerne !* ») et un cadrage négatif arguant les risques de l'attentisme (« *lorsqu'on attend les symptômes, il est difficile à soigner et à guérir* » ; « *500 Alsacien(ne)s décèdent de ce cancer chaque année* »). Le contrôle est quant à lui opéré par un cadrage positif de l'information sur les bénéfices du dépistage (« *il diminue le risque de mourir d'un cancer colorectal* » ; « *il augmente les chances de guérison et diminue le recours aux traitements lourds, chimiothérapie et rayons* »). On note le recours à un procédé de surenchère (« *De plus, il permet de détecter et d'enlever les polypes avant qu'ils ne progressent vers le cancer* ») ainsi qu'à des inducteurs d'auto-efficacité (« *simple* » ; « *chez vous* » ; « *quelques minutes* » ; « *pris en charge à 100%* » ; « *quand vous voulez* » ; « *en cas de difficultés, vous pouvez nous appeler au […]* », *etc.*).

Le courrier A informe des limites du test (« *le test proposé n'est pas fiable à 100%* » ; « *Un test négatif n'est pas une assurance tout risque contre le cancer* » ; « *le test peut manquer un cancer* ») et des risques du dépistage (« *la coloscopie n'est pas sans risque : environ 5 complications pour 1000 coloscopies (hémorragie, perforation)* »). Nuançant le fait que le test ne présage en lui-même aucun danger.

Le courrier d'invitation A_1 reprend les mêmes recommandations que pour le courrier GC_1 (« *parlez-en à votre médecin* » ; « *il saura vous conseiller* »). L'emphase est néanmoins placée sur l'autonomie du sujet dans sa prise de décision. Ce par un procédé d'évocation sémantique de la liberté (« *vous êtes libre d'accepter ou de refuser* »).

Le courrier de relance A_2 renvoie au test comme le fait GC_2 (« *le test est joint* » ; « *suivez les indications de la notice d'utilisation* »). Les mentions « *votre dernier test de dépistage date de plus de 2 ans* » et « *C'est le même [test] que la dernière fois* » sont cependant ajoutées dans une version A_2^P du courrier destinée au groupe participant (P). Le coupon-réponse classique est remplacé par un nouveau formulaire de retour (cf. *annexes*) qui proroge la distinction entre participant (P) et non-participant (NP) (« *si vous décidez de ne pas faire/refaire le test de dépistage proposé* »). Le sujet est par ailleurs amené à s'engager dans sa décision en apposant son nom et sa signature au refus.

2.2.2.3. Déclinaison du courrier B

Le courrier B (*cf. annexes*) reprend la structure et l'ergonomie du courrier A. Il n'évoque cependant ni les limites ni les risques du dépistage. Le courrier B acte sur des indices de vulnérabilité (« *Dès 50 ans, le cancer colorectal […] vous concerne !* » ; « *une vie saine, une famille sans cancer ou des prises de sang régulières ne suffisent pas à vous mettre à l'abri* » ; « *Votre dernier test de dépistage date de plus de 2 ans* »). Il induit une menace modérée en renforçant la susceptibilité et la sévérité perçues du cancer par un cadrage négatif proximal de l'information (« *Sans dépistage ou si vous attendez d'avoir mal, le cancer colorectal est diagnostiqué souvent trop tard et devient difficile à soigner (chimiothérapie, rayons)* » ; « *n'attendez pas les symptômes pour en parler à votre médecin* »).

Le courrier B induit corrélativement un fort contrôle perçu sur le risque. Il présente le test comme efficace. Misant sur un soutien crédible à la recommandation (« *95% des médecins traitants, convaincus de son efficacité, le proposent en Alsace* » ; « *Il est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé et les Conseils Généraux* »). Comptant aussi sur un cadrage positif proximal des gains à se faire dépister (« *Le dépistage régulier permet de diminuer de 30 à 40% le risque de mourir d'un cancer colorectal grâce à un diagnostic précoce, d'éviter le cancer colorectal en enlevant les polypes avant qu'ils ne se transforment en cancer* »). Le courrier B valorise enfin le sentiment d'auto-efficacité du sujet en proposant le soutien d'ADECA Alsace et du médecin (courrier B_1) ou bien en vantant le

caractère peu coûteux de la démarche de dépistage (« *C'est le même test que la dernière fois* » ; « *Vous pouvez le faire quand vous voulez* » ; « *simple, rapide à faire chez vous en quelques minutes* ») (courrier B_2).

Le courrier de relance B_2 formalise la même distinction que le courrier A_2 entre participant (P) et non-participants (NP). Il utilise le même formulaire de retour.

2.2.2.4. Déclinaison du courrier C

Le courrier C (*cf. annexes*) reprend les mêmes indices de persuasion (*menace, contrôle, cadrage*) que le courrier B. Il propose de plus au sujet une lecture possible de sa motivation intrinsèque via un procédé d'étiquetage (Burger et Guadagno, 2003) (« *vous veillez à votre santé, pour vous-même et pour vos proches* »). Le courrier C donne ensuite l'occasion au sujet d'éprouver la cognition génératrice dans le but qu'il s'identifie à elle et la fasse sienne. Le courrier C énumère ainsi un large spectre de conduites consonantes avec la cognition (« *vous avez une alimentation saine […] une activité physique, vous êtes régulièrement suivi(e) par votre médecin, etc.* »). Ces prêches sont inspirées des blocages rapportés par l'étude *Cotelco*. Elles poussent le sujet à un travail de remémoration de ses propres actes préparatoires naturels irrévocables et rendent ainsi saillante sa cognition à ses yeux (« *je suis le genre de personne qui prend soin de sa santé* »).

Le courrier C relève dès lors une possible entorse à ladite cognition (« *et…avez-vous (re)fait un dépistage du cancer colorectal ?* »), amenant de fait le sujet à reconsidérer sa position par rapport au dépistage du cancer de l'intestin (*faire ou ne pas faire le test*). Cela dans le sens d'une consistance ou d'une transgression avec sa motivation intrinsèque. Le courrier C donne alors l'opportunité au sujet d'agir en phase avec lui-même et, le cas échéant de compenser sa dissonance par le biais d'un mode de rationalisation comportemental (« *un dépistage […] vous est proposé* » ; « *le test est joint : n'attendez pas […] pour le (re)faire !* » ; « *pour en parler à votre médecin* »).

En fin de lecture, une procédure d'évocation sémantique de la liberté met l'emphase sur l'autonomie du sujet (« *ce dépistage est recommandé mais n'est pas obligatoire. Vous êtes libre de décider* »). Les modalités du courrier C_2 (*participant / non-participant, formulaire de retour*) sont identiques à celles des courriers A_2 et B_2.

2.2.2.5. Déclinaison du courrier D

Le courrier D (*cf. annexes*) reprend les mêmes indices de persuasion (*menace, contrôle, cadrage*) que le courrier B. Il s'efforce en outre de recourir aux mêmes enjeux motivationnels que la *porte-au-nez* (*responsabilisation, maintien d'une image de Soi valorisée*).

Initialement, l'étude *Courrier_psy* ne devait être évaluée qu'en phase de relance, plus adéquate pour opérationnaliser une *porte-au-nez persuasive*. Le courrier d'invitation D_1 ne responsabilise de fait le sujet que via une simple reconnaissance du gaspis (« *Si vous décidez de ne pas le faire, merci de m'informer de votre refus pour éviter tout gaspillage* »). Il le sensibilise également sur le fait que « l*e dépistage est une opportunité qui [lui] est offerte* ». En retour, le sujet est mis en position d'honorer le contre-don (Mauss, 1923-1924) en actant cette fois une décision (*pratique du test, renvoi du coupon*). Cela pour préserver une image de Soi positive (Guéguen, 2003 ; Steele, 1975) ; ADECA Alsace étant elle-même une source respectable (Goldman et al., 1984 ; Takemura, 1993).

Le courrier D_2 est plus travaillé. Il se fonde sur une double association de requêtes. La première associe deux demandes. L'une exorbitante (*se rendre chez le médecin*), l'autre plus accessible (*faire le test adressé à domicile*), ce en accord avec la *porte-au-nez* (Cialdini et al., 1975 ; Even-Chen et al., 1978 ; Fern et al., 1986). La seconde propose une requête expansive (*renoncer au dépistage*) suivi d'une requête plus tolérable (*l'accepter et faire le test*).

Le travail de pré-enquête montre que le recours au médecin est rendu souvent exorbitant. Il faut pour les sujets « *patienter 2 heures dans la salle d'attente* », « *payer pour la consultation* », « *organiser leur emploi du temps en fonction* » surtout quand le cabinet est difficile d'accès (Cokkinides et al., 2003 ; Cole et al., 2002 ; Legler et al., 2002) et que les sujets ne conçoivent pas la démarche comme une priorité. Les courriers *invitation* et R_1 figurent de fait des requêtes exorbitantes. Le courrier D_2 présente dès lors le fait d'adresser le test à la maison comme une concession de la part d'ADECA Alsace (« *Pour vous, le test est joint* » ; « *ADECA Alsace vous permet de recevoir le test […] pour plus de facilité* »). La stratégie reposant comme la *porte-au-nez* sur la réciprocité (Chertkoff et Conley, 1967 ; Cialdini et al., 1975 ; Cialdini et Ascani, 1976), le contraste (Guéguen, 2003 ; Guéguen et al., 2011 ; Miller, 1976 ; Shanab et O'Neill, 1979) voire un sentiment coupable (O'Keefe et Hale, 1998) de n'avoir pas répondu aux précédentes requêtes.

Pour responsabiliser, le courrier D_2 joue également sur la dichotomie entre *refuser* et *renoncer*. A celui qui se satisfait de son bien-être, le refus est confortable car il sous-tend une opposition au changement et donc une prémunition d'un risque d'altération de ses ressources. Le renoncement est quant à lui plus problématique car il met à l'inverse le sujet en position de compromettre son bien-être par la perte d'une de ses ressources (Alvaro et al., 2010 ; Hobföll, 1989). Le courrier D_2 propose en ce sens au sujet de « *renoncer au dépistage* ». Cela pour mieux le sensibiliser au fait qu'il pourrait un jour perdre ce droit et l'amener à considérer l'option. Le coupon D_2 (cf. annexes) reprend cette notion de renoncement.

2.3. Mesures

2.3.1. Opérationnalisation de l'objectif 1

L'étude *Courrier_psy* se proposait de mesurer l'impact des différentes approches postales sur la satisfaction du sujet eu égard au processus d'information et de décision. A cette fin, des entretiens téléphoniques courts ont été réalisés. Ils duraient entre 5 et 10 minutes et ont été menés sur un échantillon représentatif de la population de l'étude en invitation (*groupe 1*) comme en deuxième relance (*groupe 2*).

2.3.1.1. Planification d'une enquête téléphonique de satisfaction

Les sujets ont été contactés à date théorique de réception du courrier puis restaient encore joignables une semaine et demi durant. En cela, nous espérions maximiser nos chances de saisir avec authenticité les réactions préservées du sujet par rapport au courrier.

Le téléphone a cela d'avantageux qu'il optimise le retour aux enquêtes (Heranney et al., 2012), ce d'autant que le numéro d'ADECA Alsace n'était sciemment plus masqué de sorte à optimiser le rendement comparé à *Cotelco*. Le téléphone devait permettre en outre un recueil plus exhaustif de l'information, le courrier n'étant pas en mesure de saisir certaines données comme l'absence de réponse dénotant en réalité une pluralité d'interprétations (*oubli, non ouverture, procrastination, démarche volontaire de ne pas répondre, etc.*).

2.3.1.2. Elaboration du guide d'entretien et de la grille d'analyse

Le questionnaire téléphonique a été élaboré dans le cadre d'une pré-enquête de terrain. La trame s'inspire des items de communication classiquement employés pour mesurer l'efficacité des campagnes d'information et de sensibilisation (*cf. annexes*). Ces critères mesurent :

- sur des échelles nominales : le rappel de la communication (*remémoration de la réception, de la lecture*), son utilisation, tant pour le courrier que pour la brochure informative (*ont-ils été ouverts, jetés, lus et si oui dans quelle mesure et pourquoi ?*) ainsi que son impact à la lecture (*facilité, compréhension, ressenti*).
- sur une échelle d'attitude en 4 points sans valeur refuge (*pas du tout, pas vraiment, plutôt, tout à fait*): le degré d'accord du sujet à une suite de propositions relatives au courrier (« *après la lecture de ce courrier, vous vous sentez concerné(e) […] bien informé(e) par le dépistage du cancer du colon ?* »). Lesquelles concernent sa satisfaction à l'égard du processus d'information (*sur les bénéfices, les limites et les risques du dépistage*) et de décision (*liberté de décision, part du courrier dans l'opinion et la prise de décision*).
- par des questions ouvertes : le sentiment de la personne par rapport au courrier, ses remarques et ses suggestions pour améliorer la communication sur le dépistage organisé du cancer colorectal.

2.3.1.3. Formulation de l'hypothèse opérationnelle H1

Les approches valorisant l'implication et l'autonomie appréhendent le destinataire du message comme un récepteur actif de la communication. Nous pensons que de telles approches permettent aux sujets de s'investir plus efficacement dans le processus d'information et de décision, s'identifiant de fait plus certainement à leurs choix, et s'en satisfaisant. Soit :

↳ *L'hypothèse H1*. La procédure a un impact sur la satisfaction du sujet eu égard au processus d'information et de décision. Les scores à l'échelle d'attitude seront plus positivement marqués pour les approches de l'autonomie que pour le groupe contrôle.

2.3.2. Opérationnalisation de l'objectif 2

La seconde évaluation concerne l'impact quantitatif et qualitatif de la procédure (*A vs B vs C vs D vs GC*) sur la participation. A cela, deux considérations.

En premier lieu, la remontée des motifs de non-participation (*inéligibilités médicales et refus*), qui permet d'éviter l'envoi inutile de relances. Une exclusion renseignée en invitation permet à ADECA Alsace de faire au minimum l'économie d'une relance R_1 à 0,[60]€, d'une relance R_2^{+test} à 2,[53]€ et d'une relance R_3 à 0,[60]€ (*cf. annexes*). Soit un bénéfice de 3,[73]€ en *invitation* et de 0,[60]€ en *relance 2* pour chaque non adhérent à prévenir de sa décision. Les approches centrées sur l'implication et l'autonomie suscitent moins de réactance. Elles responsabilisent de plus davantage le sujet que les approches classiques. Soit :

↳ *L'hypothèse H2.* La procédure a un impact sur la remontée des motifs de non participation. Le taux d'exclusion du public non adhérent sera plus important pour les approches centrées sur l'autonomie que pour le groupe contrôle.

En second lieu, la participation ajustée effective au programme, qui se calcule selon un rapport $N^{dépistés} / (N^{sujets\ cibles} – N^{exclusions})$. Une fois encore, nous pensons les approches centrées sur l'autonomie plus à même d'impliquer les sujets et de motiver leur adhérence en vertu des principes défendus par le modèle articulateur. Soit :

↳ *L'hypothèse H3.* La procédure a un impact sur la participation ajustée. Le pourcentage de tests faits sera significativement plus important pour les approches centrées sur l'autonomie que pour le groupe contrôle.

2.3.3. Opérationnalisation de l'objectif secondaire

L'étude *Courrier_psy* autorise le traitement d'un certain nombre de variables additionnelles. La base de données d'ADECA Alsace discrimine ainsi avec précision l'âge et le sexe des sujets, leur régime de complémentaire santé, leur département ou encore leur statut de participation antérieure (*campagnes parcourues, tests faits, résultats*). Comme pour *Cotelco*, l'objectif est d'améliorer notre compréhension des facteurs d'adhérence et de non adhérence au test de dépistage du cancer colorectal en Alsace.

III. Résultats

1. Echantillon définitif

Sur les 24 000 individus randomisés, 333 ont été écartés de l'analyse comme non-éligibles en invitation (2,9%) contre 1 270 en condition de relance (10,7%). Ce pour les motifs spécifiés dans le tableau 13.

Table 13. Motifs de non éligibilité à l'étude Courrier_psy

	Invitation.			**Relance.**		
Motif.	**n.**	***%***	***valid %***	**n.**	***%***	***valid %***
Décédé.	19	*,2%*	*5,7%*	48	*,4%*	*3,8%*
Erreur adresse NPAI.	23	*,2%*	*6,9%*	164	*1,4%*	*12,9%*
Test fait avant contact.	20	*,2%*	*6,0%*	91	*,8%*	*7,2%*
Exclusion avant contact.	8	*,1%*	*2,4%*	8	*,1%*	*,6%*
Groupe téléphonique.	263	*2,2%*	*79,0%*	920	*7,7%*	*72,4%*
Incohérence avec la base.	-	-	-	39	*,3%*	*3,1%*
Total.	**333**	**2,9%**	**100,0%**	**1270**	**10, 7%**	**100,0%**

1.1. Profils de population

La part plus importante de non-éligibles à l'étude dans le deuxième groupe tient à une quantité 7 fois plus conséquente d'erreurs d'adresses (n=164 ; *1,4%*) et 4 fois plus importante de tests faits avant contact (n=91 ; *0,8%*). Le courrier assigné au groupe 2 ne représente pas le tout premier courrier de sa toute première campagne. Il s'agit au minimum de sa 3ème incitation voire de sa 19ème lorsque les sujets concourent à leur 5ème campagne biennale. Il est donc entendu que ces derniers soient plus nombreux à faire le test en amont du courrier et comptent deux fois plus de décès rapportés (n=48 ; *0,4%*).

Autre observation, la proportion d'individus affectés aux entretiens téléphoniques qualitatifs est ici 3 fois plus grande en relance qu'en invitation (n=920 ; *7,7%*). Obtenir un entretien complet était difficile auprès du public ciblé par la R_2^{+test}. Il a donc fallu contacter un nombre plus important de personnes pour assurer un effectif suffisant à l'enquête. Nous reviendrons plus tard sur les raisons de telles difficultés (*faible taux de lecture initiale du courrier, réponses évasives, données manquantes etc.*).

1.2. Incohérences et correctifs

Près de 3,1% des sujets écartés de l'étude dans le groupe 2 concernent des incohérences. Elles sont observées entre le statut de participation des personnes relevé dans la base médicale *Movibase* et celui défini dans la base d'étude *Courrier_psy*.

60 personnes ont ainsi reçu un courrier destiné aux participants (P) alors qu'elles n'avaient réalisé aucun test dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal (*cf. annexes*). Leur unique participation date d'avant la mise en œuvre du dispositif. Il s'agit d'une démarche de détection individuelle (D.D.I.) et donc étrangère à une quelconque inscription à la campagne ADECA Alsace.

43 individus ont ainsi perçu le courrier dévolu aux non-participants (NP) alors qu'ils ont pourtant réalisé un test ADECA Alsace. Le résultat est en réalité non analysable (*dépôts trop importants, présence d'humidité, test périmé*). Il est donc considéré par ADECA Alsace comme un défaut de participation, du moins tant qu'aucune interprétation n'est déterminée (*détection ou non détection de sang occulte dans les selles*). Pour notre part, nous prenons le parti de dissocier pratique (*test fait, non fait*) et résultat (*positif, négatif, non-analysable*). Le premier renseigne la participation antérieure du sujet, son engagement. Il nous intéresse davantage dans cette étude que le second, lequel renseigne plutôt la qualité du recueil.

Pour les groupes A_2, B_2, C_2 et D_2, les courriers P et NP sont spécifiques. Ils font référence aux actes passés de la personne en matière de dépistage. De tels sujets en situation d'incohérence (n=39) ont donc reçu un courrier qui ne les concerne pas. Aussi ont-ils été écartés de l'étude. Pour le groupe GC_2 en revanche, les courriers sont identiques quel que soit le groupe participant ou non-participant. Les sujets en état d'incohérence ont donc simplement été changés de groupe, devenant affiliés soit au groupe GC_2^{NP} (n=36), soit à GC_2^{P} (n=22).

1.3. Population après mutation

Au final, la population éligible à l'étude compte 11 667 sujets en invitation et 10 730 en condition de relance (cf. table 14). Parmi eux, 11 503 individus sont assignés au groupe contrôle (GC_1=5 922 ; GC_2=5 581) et 10 894 aux différents groupes expérimentaux. Soient 2739 au groupe *autonomie et choix informé* (A_1=1 437 ; A_2=1 302), 2 717 au groupe *autonomie et diplomatie* (B_1=1 442 ; B_2=1 299), 2 724 au groupe *autonomie, diplomatie et*

valorisation de la motivation intrinsèque (C_1=1 425 ; C_2=1 299) et 2 714 au groupe *autonomie, diplomatie et responsabilisation* (D_1=1 441 ; D_2=1 273).

Table 14. Distribution de la population assignée à l'étude Courrier_psy

	Invitation.	**Relance.**
Population randomisée.	12 000	12 000
Eligibilité à l'étude.		
Eligible.	11 667	10 730
Non éligible.	333	1 270
Protocole.		
Groupe contrôle.	5 922	5 581
Groupe expérimental.	5 745	5 149
Modalité d'intervention.		
Courrier A.	1 437	1 302
Courrier B.	1 442	1 275
Courrier C.	1 425	1 299
Courrier D.	1 441	1 273

2. Statistiques descriptives

En invitation, la population est composée légèrement plus de femmes que d'hommes (cf. table 15) mais tout comme en relance χ^2 (1, N=10730) = 0,300 ; p=.584, cet écart ne se révèle pas significatif χ^2 (1, N=11667) = 0,800 ; p=.371. Le nombre d'affiliés à la C.P.A.M. est en revanche surreprésenté dans les 2 groupes avec respectivement 82% d'adhérents en invitation χ^2 (4, N=11667) = 2,881^{E}4 ; p=.000 et 78,7% en seconde relance χ^2 (5, N=10730) = 3,315^{E}4 ; p=.000.

Le groupe relance compte quant à lui une population plus âgée (60,6 ans>50,6 ans), majoritairement haut-rhinoise (70,6%>29,4%) χ^2 (1, N=10730) = 1,869^{E}3 ; p=.000 à l'inverse du groupe invitation (38,7%<61,3%) χ^2 (1, N=11667) = 5,959^{E}2 ; p=.000. Nous expliquons cette dissemblance par le fait qu'ADECA Alsace planifie les campagnes d'invitation selon un découpage méticuleux par cantons et des relances biennales à date anniversaire. Le hasard du calendrier de l'intervention a simplement fait que les phases d'invitation concernaient à cette époque principalement le Bas-Rhin. Les effectifs disponibles en R_2^{+test} étaient majoritairement des haut-rhinois en 2ème ou 3ème campagne χ^2 (4, N=10730) = 2285,050 ; p=.000.

Des différences de répartitions existent ainsi. Cependant, l'analyse Chi-2 du tableau 15 ne révèle aucune différence intergroupe au niveau des statistiques descriptives pour chaque phase

d'incitation entre les approches GC, A, B, C ou D (*cf. l'analyse des p.*[a]). La distribution peut ainsi être qualifiée d'homogène.

Table 15. Statistiques descriptives de la population éligible à l'étude Courrier_psy

	Invitation.			**Relance.**		
	n.	**%**	***p.*** [a]	**n.**	**%**	***p.*** [a]
Sexe.						
Hommes.	5 708	*48,9%*	*.311*	5 056	*47,1%*	*.198*
Femmes.	5 959	*51,1%*		5 674	*52,9%*	
Régime d'assurance maladie.						
C.P.A.M.	9 562	*82,0%*		8 441	*78,7%*	
Fonctionnaires.	872	*7,5%*		890	*8,3%*	
Libéraux indépendants.	690	*5,9%*	*.620*	665	*6,2%*	*.631*
MSA.	323	*2,8%*		456	*4,2%*	
Spéciaux.	220	*1,9%*		207	*1,9%*	
Inconnu.	-	-		71	*,7%*	
Département.						
Bas-Rhin (67).	7 148	*61,3%*	*.257*	3 154	*29,4%*	*.163*
Haut-Rhin (68).	4 519	*38,7%*		7 576	*70,6%*	
Âge moyen.	50,6		*.981*	61,6		*.270*
Statut de participation.						
1ère participation.	-	-		406	*3,8%*	
Non participant.	-	-	-	4 953	*46,2%*	*.504*
Participant.	-	-		5 371	*50,1%*	
Participation antérieure.						
0 test.	-	-		5 359	*49,9%*	
1 test.	-	-		3 780	*35,2%*	
2 tests.	-	-	-	1 017	*9,5%*	*.117*
3 tests.	-	-		511	*4,8%*	
4 tests.	-	-		63	*,6%*	
Participation à la campagne.						
1ère.	-	-		406	*3,8%*	
2ème.	-	-		2 970	*27,7%*	
3ème.	-	-	-	2 142	*20,0%*	*.851*
4ème.	-	-		2 248	*21,0%*	
5ème.	-	-		2 964	*27,6%*	

a=significativité χ^2 calculée ente les groupe A, B, C, D et GC pour le facteur en invitation ou en relance.

3. Vérification de l'hypothèse H1 sur la qualité décisionnelle

Nous faisions l'hypothèse que les scores à l'échelle d'attitude seraient plus positivement marqués pour les approches de l'autonomie que pour le groupe contrôle.

Sur les 263 individus sollicités en invitation, 92 (35%) ont accepté de répondre à l'enquête qualitative, soit 1 sujet sur 3, avec une moyenne d'un contact abouti pour 8 appels passés. En R_2, il ne fallait que 5 appels pour obtenir ce contact. Les entretiens étaient

cependant plus longs et plus difficiles (*soucis de compréhension, d'écoute, réponses décalées, données manquantes*) en raison du profil particulier du groupe relance (*personnes plus âgées, réfractaires ou réactantes qu'en invitation*). Au final, 228 personnes sur 939 (24,5%) ont consenti à la passation, soit 1 sur 4 prospectée.

3.1. Traitement du courrier

Dans l'ensemble, les sujets contactés se rappellent très bien avoir reçu l'enveloppe, sans différence notable entre GC, A, B, C ou D en invitation (90,2%) χ^2 (4, N=92) = 2,235 ; p=.693 comme en relance (92,1%) χ^2 (4, N=228) = 4,178 ; p=.382 (cf. table 16). Il faut dire que ces derniers ont été contactés 1 à 10 jours maximum après la date théorique de leur réception du courrier.

Table 16. Traitement du courrier d'invitation et de seconde relance.

	Invitation.			**Relance.**		
	n.	***%***	***p.*** [a]	**n.**	***%***	***p.*** [a]
Contact téléphonique.						
Aboutis.	92	*35,0%*	*.805*	228	*24,3%*	*.271*
Inaboutis.	171	*65,0%*		711	*75,7%*	
Traitement du courrier.						
Rappel.	83	*90,2%*	*.693*	210	*92,1%*	*.382*
Ouverture.	60	*72,3%*	*.335*	122	*59,2%*	*.461*
Lecture initiale.	27	*45,0%*	*.467*	27	*22,4%*	*.616*
Lecture de la brochure.	11	*18,4%*	*.766*	10	*9,9%*	*.197*
Lecture après appel.	71	*77,2%*	*.507*	115	*50,4%*	*.552*

a=significativité χ^2 calculée ente les groupe A, B, C, D et GC pour le facteur en invitation ou en relance

Les individus se souvenant avoir reçu admettent à 72,3% avoir ouvert l'enveloppe d'invitation, contre 59,2% seulement concernant l'enveloppe de relance avec le kit de prélèvement joint. Parmi eux, 45% admettent avoir lu la lettre d'invitation et 18,4% la brochure jointe tandis qu'ils sont dans les deux cas moitié moins à l'avoir fait en condition de relance ; toujours sans différence entre les procédures.

Les justifications avancées en invitation pour ne pas avoir traité le courrier sont à 46,8% fondées sur une pré-connaissance de l'information. Les sujets viennent pour la plupart d'avoir 50 ans. Ils se savent être la cible des campagnes de sensibilisation au dépistage organisé. Cela à plus forte raison que leur médecin traitant, l'âge approchant, les y avaient préparés. Pour 13,9% et 11,4%, ce sont respectivement le fait de ne pas s'estimer concerné par le dispositif (*sensation d'être encore jeune, hygiène de vie saine, check up réguliers et notamment par*

coloscopie) ou le manque de temps compte tenu des priorités de la vie quotidienne (*procrastination*) qui motivent leur manque d'attention porté au courrier. Les sujets sont à 44,2% entendus que la lettre apparaît suffisamment exhaustive pour ne pas avoir à considérer le dépliant (20,9% ne l'avaient même pas remarqué), ce d'autant plus qu'ils s'estiment déjà assez informés pour prendre leur décision.

En condition de relance, les individus confient ne pas traiter le courrier ou bien de manière superficielle car ils savent déjà de quoi il retourne (32,6%), cela pour avoir notamment parcouru un certain nombre des courriers précédents (15,9%) et donc s'être d'ors et déjà forgé une opinion sur la question (11,9% ne se sentent ainsi pas concernés). Rappelons que 96,2% des personnes relancées ont suivi une première campagne de dépistage. Elles ont de sorte déjà eu l'occasion de se renseigner. Cette pré-connaissance influence directement le non-traitement de la brochure (39,5%). Les sujets portent ainsi leur attention directement sur le test voire sur le courrier. Ils sont en définitive plus d'un quart à ne pas se rendre compte de la présence même du dépliant.

3.2. Analyse des données de l'échelle d'attitude

Le tableau 17 rassemble les scores moyens obtenus aux échelles d'attitudes pour les principaux facteurs de satisfaction envers le processus d'information (*décryptage du message, qualité de l'information reçue*) et de décision (*attitude envers le dépistage, identification à la décision*). Les scores varient pour chaque item de 1 « *pas du tout d'accord* » à 4 « *tout à fait d'accord* ».

De manière générale, les sujets estiment le courrier véritablement facile à lire (*inv.*=3,81 ; *rel.*=3,87) et à comprendre (*inv.*=3,82 ; *rel.*=3,92). Ils le trouvent clair, suffisamment riche en informations (*inv.*=3,64 ; *rel.*=3,8). Cela spécifiquement sur le cancer colorectal (*inv.*=3,57 ; *rel.*=3,73), le dépistage organisé (*inv.*=3,54 ; *rel.*=3,71) ou encore la pratique (*inv.*=3,46 ; *rel.*=3,77) et les bénéfices (*inv.*=3,6 ; *rel.*=3,7) de la recommandation. Les sujets considèrent toutefois ne pas avoir été vraiment informés par le courrier des risques inhérents au dépistage (*inv.*=2,59 ; *rel.*=2,24).

Sur ce point particulier, l'analyse de variance pointe une différence intergroupe significative en invitation F (4, N=63) = 8,570 ; p=.000 comme en relance F (4, N=84) = 6,302 ; p=.000. Le courrier *choix informé* (courrier A) sensibilise les bénéficiaires à la fois sur

les bénéfices, les limites et les risques du dépistage. Il se démarque ici des autres courriers en laissant le sentiment aux lecteurs d'avoir été bien (*rel.*=3,12) voire très bien informés (*inv.*=3,83) sur les écueils du dispositif de prévention (cf annexes).

Table 17. Résultats de l'analyse qualitative

	Invitation (N=71).		**Relance (N=115).**	
	attitude.	***p.*** [a]	**attitude.**	***p*** [a]**.**
Décryptage du message.				
Facilité de lecture.	3,81	.642	3,87	.217
Compréhension.	3,82	.631	3,92	.626
Qualité de l'information.				
Générale.	3,64	.945	3,8	.883
Cancer colorectal.	3,57	.588	3,73	.774
Dépistage organisé.	3,54	.781	3,71	.790
Bénéfices du dépistage.	3,6	.302	3,7	.369
Risques du dépistage.	2,59	.000***	2,24	.000***
Informations pratiques.	3,46	.544	3,77	.391
Attitude envers le dépistage.				
Concerné.	3,46	.288	3,26	.547
Rassuré.	3,65	.498	3,44	.782
Peur du dépistage.	1,42	.032*	1,31	.814
Qualité de la décision.				
Liberté de décision.	3,91	.019*	3,86	.358
Part du courrier dans la décision.	1,7	.951	1,32	.918
Part du courrier dans l'opinion.	2,12	.886	1,46	.193

a=significativité calculée ente les groupe A, B, C, D et GC pour le facteur en invitation ou en relance
**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

Pour les sujets du groupe A, cela se traduit par une plus grande méfiance vis-à-vis du dépistage (1.92>1.42 en *invitation* ; 1.44>1.31 en *relance*), uniquement significative en phase d'invitation F (4, N=67) = 2,834 ; p=.032, c'est-à-dire lorsque l'individu n'a pas personnellement expérimenté la pratique du test. Les sujets des groupes A_1 et A_2 n'ont pour autant pas peur de se faire dépister. Concernés au même titre que les autres (*inv.*=3,46 ; *rel.*=3,26), ils se sentiraient même plutôt rassurés par l'existence du dispositif (*inv.*=3,65 ; *rel.*=3,44). Ainsi pour 32,6% des personnes interrogées (cf. annexes), la découverte du courrier n'a suscité aucun affect particulier (*ni crainte, ni colère, ni satisfaction*) si ce n'est une motivation à agir et faire le test (environ 23% dans les deux groupes). Cela dans le groupe 1 comme dans le groupe 2.

Dans l'ensemble, les sujets déclarent avoir pris leur décision plus que librement (*inv.*=3,91 ; *rel.*=3,86) sans que le courrier n'ait eu selon eux d'incidence sur leur opinion (*inv.*=2,12 ; *rel.*=1,46) ou sur leur choix (*inv.*=1,7 ; *rel.*=1,32). Là encore, aucun *F* n'est significatif, hormis en invitation sur la question de la liberté de décision. Les sujets du groupe contrôle se sentent ainsi légèrement moins à l'origine de leur décision, ce comparativement à

la moyenne (3,60<3,91) F (4, N=67) = 3,188 ; p=.019. Nous supposions cette différence résulter d'une emphase de la liberté dans les autres approches. Elle s'estompe cependant en phase de 2ème relance postale (3,87=3,86) F (4, N=85) = 1,109 ; p=.358.

3.3. Retour sur l'hypothèse H1

Les courriers d'invitation et de relance semblent bénéficier d'un retour particulièrement favorable de la part des sujets en matière de traitement et d'induit (*sentiment à la lecture*), cela quelle que soit la procédure (GC, A, B, C ou D). Quand bien même peut-il s'agir d'une démonstration de désirabilité sociale, le fait est qu'aucun n'a paru choqué à la lecture ni n'a témoigné de véritables remontrances à l'encontre des différentes trames.

Seule différence notable imputable à un effet de la procédure, le courrier *autonomie et choix informé* fournit une information jugée plus complète sur les risques attenants au dépistage. *L'hypothèse H1 est ainsi partiellement vérifiée*. Un impact de la stratégie d'invitation est en effet observé sur la satisfaction du bénéficiaire concernant le processus d'information. L'impact des différentes approches sur la qualité de sa décision n'est cependant pas significativement attesté. Il faut dire que la grande majorité des sujets s'était déjà rangée à une décision bien avant de recevoir le courrier.

4. Vérification des hypothèses H2 et H3 sur la participation ajustée

4.1. Remontée des motifs de non participation

Nous faisions l'hypothèse en H2 que le taux d'exclusion du public non adhérent serait plus important pour les approches centrées sur l'autonomie que pour le groupe contrôle.

La partie *exclusions valides* du tableau 18 renseigne le nombre de personnes écartées de la campagne pour avoir fait remonter un motif donné de non participation au cours de l'étude. Ce motif peut recouvrir une inéligibilité médicale au test (*dépistage déjà effectué, surveillance recommandée par coloscopie*) ou un refus de participer.

Table 18. Analyses de la participation ajustée

		Courrier.										
		A		**B**		**C**		**D**		**GC**		
Invitation.		**n.**	***%***	**n.**	***%***	**n.**	***%***	**n.**	***%***	**n.**	***%***	***p.***
	Exclusions valides.											
	Retour des motifs de non participation.	25	*2,0%*	25	*2,0%*	21	*1,7%*	37	*3,0%*	96	*1,9%*	*.143*
	Inéligibilités médicales au test.	23	*1,6%*	25	*1,7%*	21	*1,5%*	35	*2,4%*	93	*1,6%*	*.220*
	Tests faits.											
	Participation ajustée globale.	177	*12,5%*	207	*14,6%*	188	*13,4%*	196	*13,9%*	811	*13,9%*	*.556*
Relance.												
	Exclusions valides.											
	Retour des motifs de non participation.	27	*2,3%*	13	*1,2%*	17	*1,5%*	24	*2,1%*	104	*2,1%*	*.147*
	Inéligibilités médicales au test.	14	*1,1%*	9	*,7%*	11	*,8%*	14	*1,1%*	72	*1,3%*	*.362*
	Tests faits.											
	Participation ajustée globale.	138	*10,7%*	155	*12,2%*	130	*10,1%*	153	*12,2%*	622	*11,3%*	*.360*
	Déjà participé.	124	*19,2%*	133	*21,2%*	115	*17,6%*	136	*22,5%*	552	*19,9%*	*.229*
	Jamais participé.	14	*2,2%*	22	*3,4%*	15	*2,4%*	17	*2,6%*	70	*2,6%*	*.668*

En première ligne, le pourcentage de retour est basé sur l'ensemble de la population éligible à l'étude à n'avoir pas réalisé le test avant réception de la R_1 en condition *invitation* (N= 10 088) et de la R_3 en condition *relance* (N=9 532).

En invitation, le taux de retour des exclusions est en moyenne de 2%. On n'observe aucune différence significative entre les groupes χ^2 (4, N=10088) = 6,868 ; p=.143 hormis lorsque l'on mesure les écarts spécifiques avec le groupe contrôle. Le groupe D_1 se démarque ainsi significativement du courrier classique. Faisant que l,6 fois plus de non-participants informent de leur volonté à ne pas faire le test χ^2 (1, N=6356) = 5,844 ; p=.016.

En relance, cet écart disparaît (2,1%=2 ,1%) χ^2 (1, N=6079) = 0,009 ; p=.923, laissant penser à une incidence favorable de la responsabilisation au gaspillage sur l'investissement des personnes réfractaires à renseigner leur décision. La sensibilisation, présente en D_1, ayant notoirement disparu en D_2. Plus généralement, il n'existe en condition de relance aucun impact significatif de la procédure dans le taux de retour des exclusions χ^2 (4, N=9532) = 6,791 ; p=.147 si ce n'est spécifiquement entre B_2^{NP} et GC_2^{NP} (1,2%<2,1%) χ^2 (1, N=6079) = 4,313 ; p=.038 ou bien entre C_2^{P} et GC_2^{P} (1,5%<2,1%) χ^2 (1, N=6128) = 4,774 ; p=.029.

L'une des explications pourrait venir du fait qu'une fois encore, les courriers à taux de retour plus élevés (A_2=2,3% ; D_2=2,1% ; GC_2=2,1%) jouent sur la responsabilisation. Le coupon réponse du courrier classique évoque ainsi le « gaspillage », la « *meilleure utilisation*

des fonds publics ». Le courrier *choix informé* laisse entendre qu'ADECA Alsace se permettra de « *relancer régulièrement* » la personne si elle ne daigne pas répondre. Le courrier D_2 brandit quant à lui le spectre d'un « *renoncement au dépistage* », motivant les personnes à clarifier leur refus afin d'éviter tout risque d'exclusion.

Quoiqu'il en soit, *l'hypothèse H2 n'est validée que de manière bilatérale*. Nous constatons bel et bien un effet de la procédure en invitation et en phase de relance, mais cet impact ne se montre en faveur du groupe expérimental que dans le premier groupe grâce à l'appui du courrier D_1. Un effet délétère est ainsi observé pour les courriers B_2^{NP} et C_2^{P}, ce comparativement au groupe contrôle. Cet impact est potentiellement imputable au fait que le courrier fasse défaut dans la responsabilisation de la personne à renseigner sa décision.

4.2. Mesure de la participation ajustée

Nous faisions l'hypothèse en H2 que le taux de tests faits du public éligible serait plus important pour les approches centrées sur l'autonomie que pour le groupe contrôle.

Au niveau de l'adhérence, on remarque dans la table 18 que les trames B (*inv.*=14,6% ; *rel.*=12,2%) et D (*inv.*=13,9% ; *rel.*=12,2%) amènent des taux de participation ajusté dans l'ensemble supérieurs à la trame classique (*inv.*=13,9% ; *rel.*=11,3%). A l'inverse, les courriers C (*inv.*=13,4% ; *rel.*=10,1%) et A (*inv.*=12,5% ; *rel.*=10,7%) semblent plutôt induire des effets délétères. L'analyse des Chi-2 prouve cependant que de tels écarts ne sont significatifs ni en invitation χ^2 (4, N=11470) = 3,012 ; p=.556 ni en relance χ^2 (4, N=10610) = 4,352 ; p=.360, pas même en comparaison deux à deux avec le groupe contrôle (cf annexes). Il ne semble en définitive subsister aucun effet de procédure sur la participation ajustée. *L'hypothèse H3 ne peut donc pas être validée*.

5. Résultats relatifs à l'objectif secondaire sur les facteurs de participation

5.1. Statut sociodémographique

Les résultats table 19a montrent que les femmes se font majoritairement plus dépister que les hommes en invitation (14,7%>12,8%) χ^2 (1, N=11470) = 8,508 ; p=.004, sans différence significative dans le groupe relance (11,2%=11,4%) χ^2 (1, N=10610) = 0,057 ; p=.812. Il n'existe aucun effet de l'âge, que ce soit dans le groupe 1 F (1, N=11470) = 0,407 ; p=.523 ou le groupe 2 F (1, N=10610) = 1,369 ; p=.242.

Les fonctionnaires (*inv.*=17,5% ; *rel.*=13,1%) et les détenteurs d'un régime spécial (*inv.*=14,3% ; *rel.*=15%) obtiennent les taux de participation les plus hauts, à l'opposé des travailleurs indépendants (*inv.*=8,2% ; *rel.*=10,3%) ou bien de ceux dont le régime d'assurance maladie demeure inconnu (10% en *relance*) et qui obtiennent les taux les plus bas. La tendance est similaire quel que soit le groupe mais n'est significative qu'en invitation χ^2 (4, N=11470) = 27,834 ; p=.000.

Concernant d'éventuels effets géographiques, l'analyse pointe un pourcentage de tests faits significativement supérieur dans le Bas-Rhin en relance χ^2 (1, N=10610) = 68,665 ; p.000 mais pas en invitation χ^2 (1, N=11470) = 0,091 ; p=.763. Le facteur département se comporte de manière inverse à ce qu'il était observé dans l'étude *Cotelco*, se démarquant de fait des variables précédentes. Les haut-rhinois, également en phase de relance, étaient alors ceux qui se faisaient majoritairement dépister. Nous expliquons cette différence par l'*effet période*. L'étude *Cotelco* et l'étude *Courrier_psy* sont séparées d'un an alors que les campagnes d'invitation sont biennales. Elles renvoient de fait à deux populations distinctes et ne sollicitent en l'occurrence pas les mêmes cantons par département.

Table 19a. Facteurs de participation ajustée (facteurs sociodémographiques)

	Invitation.			**Relance.**		
	Tests faits.	***%***	***p.***	**Tests faits.**	***%***	***p.***
Sexe.						
Hommes.	720	*12,8%*	*.002***	569	*11,4%*	*.812*
Femmes.	859	*14,7%*		629	*11,2%*	
Régime d'assurance maladie.						
C.P.A.M.	1 296	*13,8%*	*.000****	925	*11,1%*	*.217*
Fonctionnaires.	150	*17,5%*		114	*13,1%*	
Libéraux indépendants.	56	*8,2%*		68	*10,3%*	
MSA.	46	*14,6%*		53	*11,7%*	
Spéciaux.	31	*14,3%*		31	*15,0%*	
Inconnu.	-	-		7	*10,0%*	
Département.						
Bas-Rhin (67).	971	*13,8%*	*.763*	473	*15,3%*	*.000****
Haut-Rhin (68).	608	*13,6%*		725	*9,7%*	
Âge moyen.	-	-	*.523*	-	-	*.242*

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

5.2. Engagement et engagement néfaste

La deuxième partie du tableau 19 (*19b ci-après*) illustre les observations relatives au statut de participation antérieur des sujets. Elle ne se focalise par conséquent que sur les performances du groupe relance au sein duquel seulement 3,8% des sujets suivent leur

première campagne. Ces derniers serviront de témoins pour appréhender les effets de l'engagement d'une personne sur ses conduites futures.

Table 19b. Facteurs de participation ajustée en relance (facteurs d'engagement)

	Tests faits.	***%***	***p.***
Statut de participation.			
1ère participation.	32	*7,9%*	
Non participant.	106	*2,2%*	*.000***
Participant.	1 060	*20,0%*	
Ratio de participation.			
0 (non participant)	106	*2,2%*	
0,25	37	*5,4%*	
0,34	52	*7,5%*	
0,5	166	*15,1%*	*.000***
0,67	107	*24,0%*	
0,75	37	*28,2%*	
1 (fidélisé)	661	*29,4%*	
Engagement néfaste.			
Sans occasion.	32	*7,9%*	
1 occasion.	55	*4,2%*	
2 occasions.	23	*2,0%*	*.000***
3 occasions.	9	*1,3%*	
4 occasions.	19	*1,1%*	

**=p<.05 ; **=p<.01 ; ***=p<.001*

Comme nous pouvons le voir, les individus qui ont déjà réalisé un test par le passé sont près de 20% à pratiquer le test Hemoccult à cette campagne, soit 2,5 fois plus que ceux nouvellement invités (7,9%) et 9 fois plus que ceux ayant toujours refusé d'adhérer au dispositif (2,2%). La significativité du Chi-2 χ^2 (2, N=10610) = 8,127^{E}2 ; p.000 traduit la réalité de cet effet à double tranchant de l'engagement. Les résultats sont en tous points similaires à ceux observés lors de l'étude *Cotelco*.

Pour aller plus loin, nous nous sommes interrogés sur la manière de mesurer la force de l'engagement dans un sens comme dans l'autre de la décision. Nous déterminons à cet effet un ratio de participation. Il est calculé pour chaque sujet à partir du nombre de tests qu'il a entrepris divisé par le nombre de campagnes parcourues. Les résultats des tests sont écrasés de sorte à ce qu'il ne puisse exister qu'un résultat maximum par campagne. Un ratio proche de 0 signifie que la personne n'a jamais saisi l'opportunité d'adhérer. Un ratio proche de 1 signifie qu'elle a adhéré à chaque fois qu'une opportunité s'est déclarée. On remarque dès lors que plus le ratio se rapproche de 1 et plus la personne adhère au comportement cible χ^2 (6, N=10207) = 1,290^{E}3 ; p.000.

De la même manière, nous opérationnalisons l'engagement néfaste en considérant pour chaque non-participant le nombre d'occasions (campagnes) qui lui étaient données de faire le

test, donc d'exprimer son refus. On remarque que plus le comportement de non-adhérence est répété et moins la personne participe au test au cours de l'étude χ^2 (4, N=5307) = 80,185 ; p.000. Cela jusqu'à participer 7 fois moins qu'une personne n'ayant jamais d'occasion de refuser et jusqu'à 4 fois moins qu'une personne n'ayant éprouvé qu'une fois sa détermination à décliner ce genre de proposition.

IV. Discussion

1. Observation des écarts constatés

Dans l'ensemble, l'analyse de l'étude *Courrier_psy* démontre qu'il n'existe aucune différence entre les procédures employées, hormis sur quelques considérations. Les courriers B_2^{NP} (*autonomie et diplomatie*) et C_2^{P} (*autonomie, diplomatie et valorisation de la motivation intrinsèque*) font ainsi significativement baisser le taux de retour des exclusions par rapport à la condition contrôle quand le courrier D_1 lui, optimise ce renseignement. A ce titre, nous mettions en avant l'intérêt de responsabiliser la personne sur l'importance de faire connaître sa décision (*sensibilisation sur le gaspillage, l'économie de tests et de relances, l'opportunité conditionnée d'un dépistage pour tous*).

Toutefois, nous ne nous expliquons pas pourquoi un tel préjudice ne concerne pas l'ensemble des sujets de chaque condition mais spécifiquement selon le cas la population participante ou non-participante. L'hypothèse serait à chercher du côté de la cible visée par chaque courrier. Le courrier B_2 se focalise ainsi sur un moyen de faire adhérer les non-participants au dispositif (*sensibilisation au risque, à l'efficacité des recommandations*) tandis que le courrier C_2 cherche à fidéliser les personnes d'emblée tributaires d'un comportement consonnant avec le fait de se faire dépister, c'est-à-dire plutôt participantes (*remémoration des actes passés, appel à la consistance*). Or, la cible privilégiée de chacun de ces courriers est précisément celle qui fait significativement le moins parvenir son motif de non adhérence au programme. L'on peut dès lors subodorer que, consciente du dessein d'ADECA Alsace, la cible a pu faire montre de réactance et résister davantage à la persuasion (Corneille, 1993 ; Coulter et Pinto, 1995 ; Petty et Cacioppo, 1977 ; 1979).

Autre effet significatif mis en exergue par l'étude *Courrier_psy*, les lecteurs s'estiment bien plus informés des risques du dépistage avec les trames A_1 et A_2 (*autonomie et choix informé*) qu'avec les autres trames. Cela même si une part de la population avait déjà eu vent

de ces écueils par le biais de leur médecin, de témoignages (*proches, médias*) ou bien des renseignements contenus dans la brochure. Il faut dire que le courrier A se trouve être le seul à évoquer les limites du test (*faux positifs, faux négatifs*) et les complications de la coloscopie.

Le résultat confirme en ce sens les appréciations de la littérature. Prodiguer un choix informé permet bel et bien d'améliorer la qualité des connaissances de la personne afin de lui permettre une prise de décision éclairée (Rimer et al., 2004 ; Smith et al., 2010 ; Steckelberg et al., 2011). Comme attendu, le revers de la médaille est que les sujets mis au courant de tels risques entretiennent une plus grande méfiance vis-à-vis de la recommandation (Han et al., 2006 ; Meszaros et al., 1996 ; Sitbon et Maresca, 2002 ; Smith et al., 2010 ; Steckelberg et al., 2011). Cette attitude n'est significative dans notre étude qu'en phase d'invitation.

D'après Bandura (1977), les individus apprennent de l'expérience (*personnelle et vicariante*). Il est donc probable que les sujets en R_2 confèrent moins de ressentiment au dépistage pour s'être d'ors et déjà confrontés à la pratique (*renforcement des sentiments d'efficacité et d'auto-efficacité*) et avoir rationalisé leur conduite (Festinger, 1957 ; Joule, 1987a). En outre, les sujets peuvent avoir tempéré leur anxiété au fil du temps par le biais de mécanismes défensifs (*optimisme comparatif, discréditation de la menace pesant sur la recommandation, désensibilisation*). Il est enfin possible qu'en R_2, les réfractaires au dispositif, moins ambivalents qu'en invitation, aient davantage entériné leur décision. Ils ne se projettent donc pas faire le test, ni n'anticipent du coup l'occurrence d'un risque personnel à se faire dépister. De tels sujets n'éprouvent de fait pas de peur (Bagozzi et al., 1998).

Concernant le caractère délétère des courriers GC_1 et C_1 au niveau de la liberté perçue de décision, nous pensons compte tenu du fait que cette observation disparaît en relance qu'il s'agit d'un résultat probablement biaisé. Le recueil de données en invitation fait ainsi état de deux positionnements en deçà de la moyenne générale (*score de 2, de 3*). De tels positionnements pèsent injustement dans la moyenne de chacune de ces conditions. Dans ces situations, si les sujets ne s'estiment guère libres de décider, ils ne se justifient en rien par des commentaires incriminant spécifiquement le courrier (*harcèlement du conjoint à faire le test, difficultés de compréhension*). Le résultat est donc à notre sens difficilement interprétable dans le sens d'une différence intergroupes. Autre hypothèse, la significativité disparaît en relance car l'ensemble des scores se range à l'attitude de GC_1 sur l'item (3,86). Autrement dit, les sujets se sentent unanimement un peu moins libres de décider en relance qu'en invitation.

Attitude compréhensible selon nous eu regard à l'insistance d'ADECA Alsace à ce que ces derniers se fassent dépister malgré leur refus (*réinvitations, relances répétées*).

2. Retour sur l'absence générale de différence inter-procédures

Si des écarts isolés sont constatés, l'étude *Courrier_psy* ne met en lumière aucun effet significatif de procédure, et ce indépendamment de la variable investiguée (*qualité de l'information, qualité de la décision, taux de participation, taux de renseignement des inéligibilités médicales et des refus*).

L'une des explications nous est révélée par l'enquête qualitative. Sur l'ensemble des personnes interrogées, près de 71% n'ont ainsi pas lu le courrier d'invitation si ce n'est de manière très superficielle. En relance, ce taux dépasse même les 88%. Les personnes à avoir accepté de répondre à l'entretien étaient toutefois pour la plupart déjà décidées à faire le test conformément à ce que nous présumions d'un biais d'accessibilité téléphonique (*cf. étude Cotelco*). Elles n'étaient de fait pas motivées à traiter le courrier et sélectionnaient les indices de sorte à légitimer leur prise de position initiale (*attentes, opinion, décision*). Il semble donc à priori tout à fait normal que l'on n'observe aucun effet du courrier sur quelque variable que ce soit du fait d'un traitement uniforme des modalités.

Autre explication, l'étude *Courrier_psy* semble confirmer qu'il n'existe d'incidence de l'information ni sur les intentions (Bonetti et al., 2009 ; Miller et al., 2005) ni sur les actes (Aronson et al., 1991 ; Deschamps et al., 2005 ; Fisher et Fisher, 1992 ; Moorman et Maturlich, 1993). Qu'importe la trame, le caractère informatif des courriers A, B, C, D et GC n'a dans notre étude aucune prise sur le comportement des bénéficiaires (*renseignement des motifs d'exclusion, pratique du test*). A l'instar des courriers A_1 et A_2, l'information améliore néanmoins la qualité des connaissances à court terme de l'individu (Albarracin et al., 2006). Elle influence parfois même ses idées (Girandola et joule, 2006 ; Joule et Bernard, 2008) ou son attitude (Deschamps et al., 2005) (*peur du dépistage*) mais ne fait bien souvent que renforcer, comme nous l'avancions, ses opinions préexistantes (Rosenstock, 1966).

L'effet du courrier a ainsi pu être écrasé par le poids d'autres variables plus déterminantes. C'est notamment le cas de l'adhérence passée (Hagger et al., 2002 ; Cokkinides et al., 2003). Autrement dit, l'influence de l'engagement (Joule et Beauvois, 2002 ; Kiesler et Sakumura, 1966) dont nous constatons une nouvelle fois ici la saillance.

C'est aussi assurément le poids de la recommandation médicale (Jacobson et al., 2004 ; Karwalajtys et al., 2006), démontré en relance par l'étude *Cotelco* et perceptible à travers le processus d'information et de décision.

Les individus prospectés durant l'enquête de satisfaction gagent en outre d'une pré-connaissance informationnelle et pratique sur le dépistage organisé. Ils ont d'emblée pris leur décision et saisissent l'occasion de recevoir le courrier pour entreprendre la pratique du test. Près de 23% en invitation comme en relance parlent de *déclic*. La manière de rédiger la trame semble alors peu importer comparé à l'indice d'action que figure la réception du courrier (Rosenstock, 1966 ; Rosenstock et al., 1988 ; Sheeran et Orbell, 1999).

L'absence d'écart significatif peut aussi potentiellement être due à des difficultés dans l'opérationnalisation des paradigmes expérimentaux. La menace est ainsi très subjective, prompte à la sensibilité de chacun (*ce qui me fait peur ne vous effraie pas nécessairement et réciproquement*). Sa perception est par conséquent complexe à stimuler comme à mesurer (Levy-Leboyer et Moser, 1977 ; Rosenstock, 1966). Les personnes questionnées lors de la pré-enquête n'étaient par exemple pas en situation. Elles n'avaient ni l'opportunité de parler à leur médecin, ni l'occasion de pratiquer le test pour réguler leur peur. Elles ont donc réagi de manière vive contre le message (*réactance*) en l'absence de possibilité de contrôle.

En situation réelle, ces mêmes personnes auraient disposé d'une assise efficace contre la menace. La peur leur aurait semblée de fait plus tolérable. Elle les aurait motivées à la protection plutôt qu'à la défense (Janis et Feshback, 1953 ; 1954 ; Miles et al., 2009 ; Ruiter et al., 2004). D'indubitablement dommageables car trop angoissants (McQueen et al., 2007 ; 2010 ; Miles et al., 2009 ; Wardle et al., 2004), les inducteurs de menace des trames persuasives B, C et D (*forte sévérité, forte vulnérabilité, cadrage proximal du risque*) sont sans doute devenus trop atténués, insuffisamment menaçants et donc plus assez motivants en soi (Rogers et Mewborn, 1976 ; Witte et Allen, 2000). Les trames en question ont dès lors pu perdre de leur spécificité par rapport aux autres approches.

De la même façon, l'opérationnalisation des paradigmes de psychologie sociale a du faire l'objet d'un compromis. La *communication engageante* et la *porte-au-nez* n'étaient plus envisageables en l'état sur le terrain du dépistage organisé du cancer colorectal. Leur identité théorique n'a donc pas pu être préservée comme en laboratoire, ce qui pourrait expliquer la défaillance des courriers C (*autonomie, diplomatie et valorisation de la motivation*

intrinsèque) et D (*autonomie, diplomatie et responsabilisation*) qui s'en inspirent. Ces derniers ne se différencient ainsi plus des autres courriers que par certaines nuances, certaines particularités alors rendues imperceptibles par le traitement massivement superficiel de la communication (Cacioppo et Petty, 1984 ; Chaiken, 1980).

V. Conclusion

D'un point de vu général, l'étude *Courrier_psy* démontre que les courriers expérimentaux peinent à se démarquent des courriers d'invitation et de seconde relance actuellement utilisés par ADECA Alsace.

1. Intérêt de l'étude au regard des objectifs de la thèse

Sur la question de la participation ajustée, aucun des paramètres ne suffit par exemple à déterminer quelle approche prévaut à l'autre. Les courriers B (*autonomie et diplomatie*) et D (*autonomie, diplomatie et responsabilisation*) semblent accroître l'adhérence aux recommandations quelle que soit la phase de sollicitation. La tendance n'est en revanche pas significative selon nous parce que l'expression des paradigmes à l'œuvre dans les deux approches a été lourdement entravée durant l'opérationnalisation. Cet écueil n'est cependant pas négociable du point de vue de la psychologie appliquée. Le *deuxième objectif* de la thèse n'est donc pas atteint, hormis si l'on considère le gain permis par la démarche de responsabilisation dans le renseignement des exclusions.

Concernant spécifiquement le courrier A (*autonomie et choix informé*), il semblerait que l'approche fasse plutôt baisser la participation à l'instar de certaines observations de la littérature (Fenton, 2011 ; Rimer et al., 2004 ; Smith et al., 2010). Dans les faits, le préjudice n'est cependant pas significatif. Il apparaît donc que, contrairement à nos craintes, le choix informé n'ait aucune incidence sur l'adhérence du public concerné (Marteau et al., 2010 ; Steckelberg et al., 2011 ; Trevena et al., 2008). La perspective peut ainsi être envisagée dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace.

Plus encore, l'approche doit même être recommandée, en ce sens qu'elle améliore de manière significative la qualité de l'information prodiguée aux bénéficiaires du dispositif de Santé publique. Les usagers sont ainsi mieux préparés aux limites et aux risques relatifs à l'exercice de la recommandation. La démarche apparaît de sorte plus déontologique, plus objective, comme en font le constat les auteurs de la perspective du choix informé (Gøtzsche

et al., 2008 ; Irwig et al., 2006 ; Jørgensen et al., 2008 ; Vennin, 2007). L'approche ne semble pas guider la décision du sujet dans l'étude *Courrier_psy*. Elle intervient cependant dans le processus d'information, améliorant ici la qualité des connaissances de l'individu (Rimer et al., 2004 ; Smith et al., 2010 ; Steckelberg et al., 2011). L'*objectif premier* de la thèse est en ce sens dûment rempli.

Concernant le *dernier objectif*, l'étude *Courrier_psy* permet la confirmation des observations précédemment mises en exergue par l'étude *Cotelco*. Les femmes se font ainsi davantage dépister que les hommes. Les fonctionnaires et les détenteurs d'un régime spécial, plus susceptibles de se projeter dans l'avenir que les travailleurs indépendants adhèrent majoritairement au dispositif de prévention. L'étude démontre une fois encore le poids de l'adhérence passée sur la participation, qu'il s'agisse d'un engagement ou d'un engagement néfaste. Seules différences avec l'étude précédente, il n'existe aucun effet significatif relatif à l'âge et le Bas-Rhin pratique ici davantage le test que le Haut-Rhin. Nous expliquions ces différences par l'effet période, soupesant qu'il ne subsistait en réalité pas d'impact du département mais bien une incidence du canton.

2. Limites et préconisations

Les Chi-2 ne sont pas significatifs entre les courriers. Force est de constater que la multiplication des bras expérimentaux ainsi que la part conséquente d'inéligibilités à l'étude ont appauvri les effectifs dévolus à chaque condition. A défaut de s'avérer représentative, une tendance se dessine néanmoins dans l'analyse de données. Nous en voulons pour preuve la constance des écarts intergroupes au niveau des taux de participation obtenus.

Lorsque nous envisageons une projection des résultats de l'étude *Courrier_psy* au programme de dépistage organisé du cancer colorectal (cf. table 20), nous constatons un net bénéfice du courrier *autonomie et diplomatie* (courrier B).

Table 20. Projection de rentabilité des approches postales

	Invitation.	R_1.	R_2^{+test}	R_3.	Bilan en fin de campagne.
Courrier ADECA.	500000	387500	300313	255266	
Retour.	22,5%	22,5%	15%	-	
Coût unitaire.	0,63 €	0,60 €	2,52 €	0,60 €	
Budget.	-315 250 €	-233 663 €	-758 139 €	-153 925 €	**-1 460 977 €**
Courrier A.	500000	394500	305738	261711	
Ecart avec ADECA.	-1,4%	-	-0,6%	-	
Individus à relancer.	-	+7000	+5425	+6446	
Gain/perte en euros.	-	-4 221 €	-13 695 €	-3 887 €	-21 803 €
Courrier B.	500000	384000	297600	249984	
Ecart avec ADECA.	+0,7%	-	+1%	-	
Individus à relancer.	-	-3500	-2713	-5282	
Gain/perte en euros.	-	+2 111 €	+6 848 €	+3 185 €	+12 143 €
Courrier C.	500000	390000	302250	260540	
Ecart avec ADECA.	-0,5%	-	-1,2%	-	
Individus à relancer.	-	+2500	+1938	+5274	
Gain/perte en euros.	-	-1 508 €	-4 891 €	-3 180 €	-9 579 €
Courrier D.	500000	387500	300313	252563	
Ecart avec ADECA.	+0%	-	+0,9%	-	
Individus à relancer.	-	0	0	-2703	
Gain/perte en euros.	-	0 €	0 €	+1 630 €	+1 630 €
Sensibilisation au gaspillage.	500000	382000	296050	251643	
Ecart avec ADECA.	+1,1%	-	-	-	
Individus à relancer.	-	-5500	-4263	-3623	
Gain/perte en euros.	-	+3 317 €	+10 761 €	+2 185 €	+16 262 €

Utilisé en invitation et en deuxième relance, le courrier B permettrait en effet à ADECA Alsace une économie de 12 143€ par campagne biennale en évitant certaines relances dont le coût unitaire est détaillé en annexes. Quand bien même s'agit-il d'un prévisionnel basé sur une tendance de résultats, le gain des approches de l'autorégulation qui, comme le courrier B modélisent un cadrage proximal de la menace et du contrôle, est malgré tout attesté par la littérature empirique (Chu, 1966 ; Collins et Mullan, 2011 ; Floyd et al., 2000 ; Witte et Allen, 2000). Trouver l'opérationnalisation adéquate demeure de sorte loin d'être un challenge dépourvu d'intérêt. A cet effet, nous notions que responsabiliser le bénéficiaire sur le gaspillage permettait significativement d'augmenter le taux de retour des exclusions d'1,1% en invitation. A l'échelle de la campagne, cela représente une économie additionnelle de 16 262€ pour la structure de gestion. La démarche apparaît donc plus que recommandée.

Certaines observations sont également à soulever concernant l'enquête téléphonique de satisfaction. Outre de composer avec des personnes davantage ouvertes et concernées (*biais d'accessibilité*), la procédure de recueil repose essentiellement sur du déclaratif. Elle a donc très certainement été impactée par de la désirabilité sociale (Crown et Marlowe, 1960 ; 1961) et de la clairvoyance normative (Jouffre, Py et Somat, 2001 ; Py et Somat, 1991). Les sujets préférant en l'occurrence témoigner leur accord plutôt que de s'engager dans un processus coûteux de justification. En dépit des tentatives de recadrage, les individus sollicités répondaient en outre difficilement aux items en se référant au courrier (« *le courrier vous a-t-il bien informé sur le cancer colorectal* »). Ils livraient davantage un sentiment général, sans identifier l'origine de leurs connaissances, tant et si bien qu'ils en venaient parfois à juger des courriers suffisamment informatifs sur les risques du dépistage alors qu'ils ne traitaient pas la question.

L'expérience de telles limites n'est pas sans rappeler les difficultés éprouvées lors de l'étude *Cotelco*. Cependant, si l'intervention téléphonique ne semble pas envisageable du point de vu du dépistage organisé, force est de constater que l'intervention courrier paraît de son côté difficile à optimiser plus qu'elle ne l'est déjà. Qu'importe la trame, le public concerné boude ainsi la lecture des documents lui étant adressés, les individus s'estimant suffisamment informés et ce indépendamment de leur niveau réel de connaissances sur le dépistage.

D'un autre côté, il est également difficile de se détacher des courriers actuellement définis en accord avec le cahier des charges national du dépistage organisé du cancer colorectal. L'opérationnalisation chaudement recommandée des apports de la perspective temporelle de l'autorégulation (*cadre proximal de la menace et du contrôle face au risque*) est ainsi compromise par une marge de manœuvre et d'évolution tronquée. Il faut dire que la psychologie ne doit en aucun cas s'affranchir de la réalité du cancer et de son dépistage (*contraintes logistiques, organisationnelles, représentationnelles*). Elle ne doit pas légiférer sans condition. Présenter le test comme un moyen de protection se veut par exemple non seulement erroné, mais risque d'entraîner des suites plus ou moins dramatiques (*baisse de vigilance de l'usager aux premiers signes d'un cancer de l'intervalle, sentiment d'invulnérabilité, tentation au procès*). Manier une émotion aussi subjective que la peur (*risque à ne pas se faire dépister*) ou la culpabilité (*ne pas avoir donné suite aux courriers*) doit s'effectuer avec tact, à fortiori dans le cadre d'un dépistage de masse.

L'information trouvant là sa limite, il peut néanmoins paraître judicieux de miser comme nous l'envisagions sur l'implication de l'individu via une véritable procédure de communication engageante (Girandola et Joule, 2008 ; Joule 2000 ; Joule, Py et Bernard, 2004). L'engagement est comme nous l'avons vu primordial ; les actes de la personne déterminant fortement son adhérence future. Il peut dès lors simplement s'agir comme dans l'étude *Cotelco* de n'adresser le test de dépistage que sur demande explicitement actée du bénéficiaire tout en mettant l'emphase sur son autonomie et sa liberté de décision.

L'adhérence étant en grande partie tributaire de la recommandation du médecin traitant, une autre piste d'investigation possible consisterait à comprendre les motivations et les barrages des médecins traitants à défendre le dispositif de santé publique auprès de leur patientèle. A l'instar de l'étude que nous avions menée auprès des futurs professionnels du champ sanitaire et social (Broc, 2009a), il s'agirait non plus de sensibiliser directement la population cible mais préférentiellement les médecins en tant que relais dans l'information sur le dépistage organisé du cancer colorectal. Les médecins prodigueraient en outre une information plus adaptée à la problématique personnelle de leurs patients (*sensibilisation, information pratique, préparation à l'action*), ce qu'encouragent vivement les auteurs (Kantola et al., 1984 ; Moorman et Maturlich, 1993). Les professionnels de santé sauraient gérer au coup par coup les barrières rencontrées (*difficultés de compréhension et d'interprétation, ambivalence, entraves au passage à l'acte*). Il s'agirait autrement dit de promouvoir l'entreprise par les médecins traitants de consultations motivationnelles personnalisées, si tenté que ces derniers considèrent dans leurs prérogatives de prévenir plutôt que de soigner (Getz et Brodersen, 2010).

Conclusion générale et bilan de la thèse

Après 3 ans d'investigations, le travail de recherche appliquée mené en collaboration avec l'Association pour le Dépistage du Cancer colorectal en Alsace (*ADECA Alsace*) et le Laboratoire de Psychologie EA-4139 (*Santé/Qualité de vie*) arrive à son terme.

Tout au long de la thèse, nous avons cherché à saisir la place du programme de dépistage organisé en France, et plus spécifiquement en Alsace. Nous nous sommes intéressés aux tenants et aux aboutissants du dispositif d'un point de vu médical et représentationnel dans le but de questionner la participation, d'approcher le pourquoi de l'adhérence à la recommandation de santé et définir une manière efficiente de la promouvoir.

I. Une réflexion autour du dépistage organisé du cancer colorectal

En introduction, nous rappelions qu'un dépistage régulier biennal contribue à prendre en charge plus précocement le cancer colorectal, déceler plus tôt revenant à intervenir plus facilement, avec plus d'efficacité et à moindre coût (*recours non systématique à la chimiothérapie, à la radiothérapie, durée de prise en charge réduite*). Participer relève dès lors de l'intérêt commun. La contribution permet de réduire les dépenses de l'Assurance Maladie tout en diminuant de près de 20% la mortalité par cancer colorectal en France.

Dans cette optique, le programme national de dépistage organisé prévoit que les 50-75 ans concernés par le dispositif pratiquent gratuitement le test de recherche de sang dans les selles (test Hemoccult®). La mesure est incitative. Les acteurs visent une participation minimale de 50% pour assurer la rentabilité du dispositif de santé publique.

Mais cette participation n'est pas assurée. Le test au gaïac a comme nous l'avons vu mauvaise presse. Les usagers font état d'une pratique contraignante (*autres priorités, notice complexe, réticence à la manipulation des selles*), ne se sentent pas concernés (*hygiène de vie saine, absence d'antécédents*) bien plus qu'ils n'appréhendent parfois le résultat (*détection non pas du cancer mais de simples saignements fécaux*), beaucoup préférant suivre la coloscopie, plus efficace selon eux (*inspection endoscopique directe, prise en charge immédiate des polypes*) et moins fréquente (*1 tous les 5 ans*).

Dans une analyse sociétale, nous comprenions que la baisse d'adhérence au test coïncidait en fait avec l'essor de l'hypermodernité. Les individus hypermodernes n'attendant plus rien de la prévention que de nouvelles contraintes présentes (*privation, investissement, insatisfaction*) et à venir (*risques du Diane 35, de la vaccination anti-HPV, anti-Hépatite B, de la mammographie etc.*), et les campagnes échouant à considérer les attentes de la population en matière d'autonomie (*paternalisme, propagande*) et d'hédonisme (*hygiénisme*).

II. Des objectifs appliqués

Aussi avons nous souhaité, dans l'intérêt du dépistage organisé et d'ADECA Alsace :

↳ *Prendre acte du besoin d'autonomie des bénéficiaires à travers le process d'information et de décision*, Fort de la constatation d'un glissement de l'intérêt commun vers l'intérêt particulier et de la volonté de plus en plus prégnante de l'individu à s'imposer en tant qu'acteur de sa santé.

↳ *Trouver un moyen efficient d'augmenter la participation ajustée au dépistage organisé*, soucieux que le programme reste non seulement rentable (coût-efficacité, économie de tests et de relances), mais puisse permettre à un maximum de personnes de prendre précaution de leur santé (assurance d'une meilleure prise en charge, d'un meilleur suivi).

↳ *Améliorer notre compréhension des facteurs prédictifs de l'adhérence*, afin d'être en mesure d'ajuster les stratégies de sensibilisation (en France, en Alsace) et la communication autour du dépistage.

III. Un état de l'art de la littérature sur la motivation à l'adhérence

Le travail de thèse s'est donc intéressé aux apports de la psychologie appliquée, questionnant le pourquoi de l'adhérence (*menace, contrôle, temporalité*) et la manière de la promouvoir avec efficience (*personnalisation du conseil, implication, valorisation*).

Nous proposions à cet effet une lecture articulatoire de la motivation. Le méta-modèle intégrant entre autres choses les apports de l'autorégulation (Bagozzi et al., 1998 ; Bandura, 1991 ; Hall et Fong, 2007 ; Leventhal et al., 1984 ; Witte, 1992), de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2000) et du système biaisé défensif (Chaiken et al., 1996 ; Das et al., 2003 ; De Hoog et al., 2007).

Le modèle *Economique de Préservation de l'Homéostasie* (*EPH*) décrit ainsi le processus complexe à l'œuvre dans l'adhérence et la fidélisation. Ce dernier se comprend à travers trois grands principes d'équilibre, d'économie et d'imminence et cinq principes d'optimisation de la communication. Ces principes préconisent une information accessible (*postulat 1*), vectrice de motivation (*postulat 2*) et de changement (*postulat 3*), et en même temps assez attentive aux motivations adverses pour les limiter (*postulat 4*) et les court-circuiter (*postulat 5*).

IV. L'évaluation de deux stratégies appliquées

Suite à ce travail, deux stratégies d'application ont été testées. Toutes deux randomisées contrôlées et greffées sur le dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace. Il s'agissait :

↳ *d'un conseil téléphonique ajusté* (étude *Cotelco*) inspiré des approches transthéoriques de la motivation (Prochaska et DiClemente, 1982 ; 1983 ; Weinstein, 1988) et en particulier de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2006 ; Rollnick et al., 2009).

↳ *d'une intervention postale axée sur l'autonomie et l'implication* (étude *Courrier_psy*), guidée en cela par un choix informé (Gøtzsche et al., 2008 ; Jørgensen et al., 2008) et une communication engageante (Girandola et Joule, 2008 ; Joule, Py et Bernard, 2004).

V. Des résultats plus ou moins mitigés au vu des objectifs de la thèse

1. Optimisation de l'aide à la décision

L'étude *Cotelco* démontre qu'un conseil personnalisé permet bel et bien de faire évoluer le sujet dans sa prise de décision, sans différence cependant entre conseil simple et entretien motivationnel ; un simple ciblage du stade PAPM rendant possible une levée plus adaptée et donc plus rentable des barrières de l'individu. En soi, la pratique de l'entretien motivationnel éveille le conseiller aux tenants et aboutissants de la relation thérapeutique, l'enseignant à cadrer aux principes d'Ackerman et Hilsenroth (2001) (*faire montre d'empathie, rouler avec la résistance, valoriser la confiance du bénéficiaire*) pour améliorer la qualité des échanges. Un tel bénéfice n'est cependant pas mesuré ici, bien qu'il soit largement prouvé par la littérature (Baer et al., 2007 ; Channon et al., 2007 ; Miller et al., 1993). L'entretien personnalisé semble donc adaptable au téléphone, à ceci près qu'il ne permet de favoriser que l'émergence de la décision en raison de barrages téléphoniques qui court-circuitent la démarche de préparation à l'action.

L'étude *Courrier_psy* pointe quant à elle qu'un courrier inspiré du choix informé améliore significativement la satisfaction du sujet sur la façon dont il a été sensibilisé. Cela particulièrement sur les risques attenants au dépistage ; le bénéficiaire étant mieux préparé aux tenants et aboutissants de la recommandation. L'information n'impacte en revanche pas le processus de décision. Les sujets se sont pour la plupart déjà rangés à une opinion avant de recevoir le courrier, le traitant par là-même de manière superficielle et biaisée.

2. Augmentation de la participation ajustée au dispositif

Concernant le deuxième objectif, l'étude *Cotelco* montre qu'un conseil téléphonique personnalisé permet de multiplier par 10 le renseignement des exclusions médicales et de doubler, voire tripler la participation par rapport à l'intervention postale usuelle, toujours sans distinction entre conseil simple et entretien motivationnel. La stratégie n'est cependant pas coût-efficace en raison d'un biais de recherche de téléphone (*2/3 des numéros sont renseignés*) et d'un biais de non réponse (*1/4 des numéros sont joints ; dont 2/3 avec un entretien mené à terme*).

L'étude Courrier_psy ne soulève en revanche aucune observation significative, quand bien même les écarts intergroupes observés suivent une même tendance de résultat. L'étude tend ainsi à confirmer l'absence de lien entre information et adhérence (Aronson et al., 1991 ; Deschamps et al., 2005 ; Fisher et Fisher, 1992 ; Moorman et Maturlich, 1993). De tels résultats peuvent être mis à caution du fait du traitement massivement superficiel des courriers et de difficultés d'opérationnalisation des paradigmes (*peur, engagement*).

Deux constats peuvent être fait cependant. L'appel à la responsabilisation (*sensibilisation sur le gaspillage, l'économie de tests et de relances, l'opportunité conditionnée d'un dépistage pour tous*) permet d'une part d'optimiser la remontée des inéligibilités médicales à faire le test. De l'autre, le choix informé n'induit aucun effet délétère significatif sur la participation, contrairement à certaines observations de la littérature (Fenton, 2011 ; Rimer et al., 2004 ; Smith et al., 2010). Il semble donc être à même de trouver sa place dans le cadre d'une utilisation au dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace.

3. Compréhension des facteurs de participation

L'étude *Cotelco* et l'étude *Courrier_psy* mettent enfin en exergue certaines constantes au sein des facteurs d'adhérence. Les femmes se font ainsi plus probablement dépister, de même

que les statuts socioéconomiques favorisés, les individus les plus engagés dans un comportement de dépistage (*adhérence répétée*), ceux les moins engagés dans une conduite de refus ou les individus encouragés par leur médecin traitant (*recommandation médicale*).

VI. Préconisations

ADECA Alsace peut interagir avec la population cible par deux moyens à sa disposition. L'approche postale, d'un côté, le téléphone, de l'autre. Or, si un simple contact téléphonique double la participation, nous constatons que le média n'apparaît pas rentable en l'état dans le cadre d'une généralisation au dépistage organisé. Nous proposions à cet effet d'en optimiser le retour en prévenant le public concerné de l'entretien ou bien en recourant à un affichage de l'identifiant d'appel.

Autre possibilité, nous émettions l'idée d'engager des professionnels du téléphone dans une démarche proactive (*démarchage, rentabilité*) et/ou de former le personnel d'ADECA Alsace (secrétaires, agents de bureau) à la pratique de l'entretien motivationnel dans une démarche cette fois-ci réactive (*amélioration de la qualité de prise en charge des refus*). Le recours à des téléprospecteurs est malgré tout délicat car la question du dépistage est avant tout médicale et requiert toute la compétence (*empathie, connaissances pratiques et théoriques*) d'un professionnel de santé (*médecin, infirmier, psychologue*). La joignabilité n'est en outre pas le seul écueil du média téléphonique. 1/3 des téléphones demeure ainsi inconnu. La stratégie ne peut dès lors plus s'appliquer unanimement à tous les bénéficiaires, ce que réprouve le cahier des charges national du dépistage organisé.

L'approche postale semble donc à privilégier. A cet effet, nous notions quelques modifications dignes d'intérêt à apporter aux courriers d'invitation et de relances, s'agissant d'informer le bénéficiaire des limites et des risques du dépistage (*optimisation du processus d'information, démarche éthique*) et de le responsabiliser (*implication*), voire de marquer plus encore la saillance des indices de vulnérabilité, de temporalité et d'efficacité dans le message tout en cadrant avec la réalité du terrain (*respect du cahier des charges, réalité du cancer et de son dépistage*).

L'expression du courrier demeure cependant limitée parce que les individus ne le traitent pas ou de manière biaisée (*traitement superficiel, effets d'attente, pré-connaissance de l'information*) et que l'information ne suffit pas à prédire l'adhérence.

VII. Recherches et pistes d'investigation

Une troisième marge de manœuvre possible pour ADECA Alsace est donc de confronter directement le médecin traitant, acteur principal du dépistage organisé, ce pour qu'il s'investisse plus encore dans l'accession de ses patients au test Hemoccult®. Labergerie (2013) rappelle ainsi que le conseil du médecin est un déterminant essentiel de la participation, pointant à cet effet quelques pistes d'amélioration.

L'auteur montre ainsi que ¼ des médecins sont passifs et attendent que leur patient les consulte avec l'invitation. Tous ne sont en effet pas pourvus de systèmes d'alertes informatisées pour leur rappeler d'aller au devant des patients. Beaucoup manquent également de temps en consultation pour les sensibiliser. L'auteur avance alors l'idée d'une consultation périodique qui serait spécifiquement dédiée à la prévention. L'occasion à notre sens pour le professionnel de santé de mener une communication engageante, un choix informé délibératif ou bien encore un entretien motivationnel qui ne soit plus entravé par le téléphone (Rychetnik et al., 2012). Chacune de ces stratégies permettrait d'échanger avec le patient et de susciter son implication.

Dans notre étude, la présentation des risques du dépistage n'a d'effet que sur l'attitude des sujets qui éprouvent alors davantage de méfiance. Il est toutefois à rappeler que le test de recherche de sang dans les selles ne figure aucun danger au contraire de la mammographie. Nos craintes initiales sur un effet délétère d'un choix informé peuvent donc encore être justifiées considérant le dépistage du cancer du sein. Elles doivent donc être évaluées. Si nos doutes venaient à prendre corps, la piste d'un choix informé délibératif pourrait s'avérer pertinente, le médecin pouvant s'adapter aux réactions de son patient, le rassurer et donc ménager sa sensibilité, ce qu'interdit à ce jour la communication de masse.

Labergerie (2013) pointe également des différences dans l'attitude et les connaissances des médecins à propos du test Hemoccult®. L'occasion pour ADECA Alsace de motiver un renforcement des échanges qu'elle entretient déjà avec les médecins généralistes dans le Haut-Rhin et dans le Bas-Rhin. La structure de gestion évalue à cet effet le bénéfice d'une visiteuse médicale, une *médiatrice* chargée de faire remonter les préoccupations des médecins à ADECA Alsace tout en les épaulant dans la promotion du dépistage auprès de leurs patients.

Ce type d'intervention encourage le développement de relais d'information et peut être étendu à d'autres professionnels de la relation d'aide tels que les infirmiers, les praticiens ou les services sociaux, des partenaires préférentiellement en contact avec les publics précaires les plus éloignés du dépistage. Ce peut être également l'opportunité de préparer l'arrivée imminente du test immunochimique en remplacement du test Hemoccult® en collaboration avec les acteurs de santé. L'occasion de ne parler que d'une voix et faire table rase du climat d'ambiguïté qui planait jusqu'alors autour du test au gaïac (*conflit entre experts, doute sur la légitimité de la recommandation*).

Références

Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38(2), 171-185.

Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Adams, J. (2009). The Mediating Role of Time Perspective in Socio-economic Inequalities in Smoking and physical Activity in Older English Adults. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 794-799.

Aderman, D. & Berkowitz, L. (1970). Observational set, Empathy, and Helping. *Journal of Personality and Social Psychology,* 14(2), 141-148.

Aimee, J.S., Hall, S., Greiner, A., Buckles, D., Born, W.K., & Ahluwalia, J.S. (2008). The Impact of Socioeconomic Status on Perceived Barriers to Colorectal Cancer Testing. *American Journal of Health Promotion*, 23(2), 97-100.

Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. In Robichaud-Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C., Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 59-77.

Albarracin, D., Durantini, M.R. & Earl, A. (2006). Empirical and theoretical conclusions of an analusis of outcomes of HIV-Prevention interventions. *Curent Directions in Psychological Science*, 15(2), 73-78.

Alvaro, C., Lyons, R.F., Warner, G., Hobfoll, S.E., Martens, P.J., Labonté, R., & Brown, R.E. (2010). Conservation of resources theory and research use in health systems. *Implementation Science*, 5:79, doi:10.1186/1748-5908-5-79.

Amrhein, P.C., Miller, W.R., Yahne, C.E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client Commitment Language During Motivational Interviewing Predicts Drug Use Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862-878.

Arkes, H.R. & Blumer, C. (1985). The Psychology of Sunk Cost. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 35, 124-140.

Aronson, E., Carlsmith, J.M. (1963): Effect of severity of threat on the valuation of a forbidden behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*, 584–588.

Aronson, E., Fried, C. & Stone, J. (1991). "Overcoming Denial and Increasing the Intention to use Condoms through the Induction of Hypocrisy". *Amercican Journal of Public Health, 81, 1636-1638.*

Arthur, D. & Quester, P. (2004). Who's afraid of that ad? Applying segmentation to the protection motivation model. In Marchioli, A. (2006). « Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive ». *Communication & Marketing*, 1(1), 17-36.

Ascher, F. (2006). « Le futur au quotidien ». De la fin des routines à l'individualisation des espaces-temps quotidiens. In Aubert, N. (2006). « L'Individu hypermoderne ». *Érès Sociologie clinique*, 273-290.

Aubert, N. (2006). « L'Individu hypermoderne ». *Érès Sociologie clinique, 320 pages.*

Axsom, D., Yates, S. & Chaiken, S. (1987). Audience Response as a Heuristic Cue in Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 30-40.

Azoulaï, G. (2006). L'empathie dans l'entretien motivationnel (parties 1 & 2). *In Entretien motivationnel.org, [en ligne]. Pages consultées le 02 Décembre 2010. http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie/e.html.*

Baer, J.S., Garrett, S.B., Beadnell, B., Wells, E.A., & Peterson, P.L. (2007). Brief Motivational Intervention With Homeless Adolescents: Evaluating Effects on Substance Use and Service Utilization. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 582-586.

Bagozzi, R.P., Baumgartner, H. & Pieters, R. (1998). Goal-directed Emotions. *Cognition and Emotion*, 12(1), 1-26.

Bailly, N. & Ilharragorry-Devaux, M.-L. (2011). Adaptation et validation en langue française d'une échelle de prise de décision. *Canadian Journal of Behavioural Science,* 43(3), 143-149.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Towards a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1991). Social cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.

Bandura, A. (2004). Health promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.

Bandura, A., Adams, N.E. & Beyer, J. (1977). Cognitive Processes Mediating Behavioral Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(3), 125-139.

Banks, S.M, Salovey, P., Greener, S., Rothman, A.J., Moyer, A., Beauvais, J. & Epel, E. (1995). The Effects of Message Framing on Mammography Utilisation. *Health Psychology*, 14(2), 178-184.

Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2009). Alliance Predicts Patients' Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Personality Disorders : Theory, Research, and Treatment*, S(1), 80-89.

Bareil, C. (2004). La résistance au changement: synthèse et critique des écrits. *Cahier de recherche du Centre d'Etudes en Transformation des Organisations (CETO), HEC Montréal*, 4(10), 1-17.

Barus-Michel, J. (2006). « l'hypermodernité, dépassement ou perversion de la modernité ? ». In Aubert, N. (2006). « L'Individu hypermoderne ». *Érès Sociologie clinique*, 239-248.

Batson, C.D., Harris, A.C., McCaul, K.D., Davis, M. & Schmidt, T. (1979). Compassion or Compliance : Alternative Dispositional Attributions for One's Helping Behavior. *Social Psychology Quaterly*, 42(4), 405-409.

Beaman, A.L.; Steblay, N.M.; Preston, M. & Klentz, B. (1988). Compliance as a function of elapsed time between first and second requests. *Journal of Social Psychology*, 128(2), 233-243.

Beauvillard, D. (1925). Le médecin des pauvres. *Paris, Féron & Beauvillard*.

Beauvois, J.-L. (2001): Rationalization and internalization: The role of internal explanations in attitude change and the generalization of an obligation. *Swiss Journal of Psychology*, *1421-0185*, 60(4), 215-230

Beauvois, J.-L., Le Poultier, F. (1986). Norme d'internalité et pouvoir social en psychologie quotidienne. *Psychologie française*, 3(2), 100-108.

Beauvois, J.-L. & Nick, C. (2010). « Zone-Extrême : le jeu de la Mort. ». Documentaire vidéo diffusé le 17 Mars 2010 sur France 2. *In Youtube.com, [vidéo en ligne]. Page mise en ligne le 25 Mai 2011. http://www.youtube.com/watch?v=1_UjrtZdFEk*

Becker, M.H. (1975). The Health Belief Model and personal health behaviour. In Robichaud-Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C., Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 59-77.

Bem, D.J. (1967). Self-Perception: An Alternative Interpretation of Cognitive Dissonance Phenomena. Psychological Review, 74(3), 183-200.

Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. Advances in experimental social psychology, 6, 1-57.

Benbassat, J., Pilpel, D. & Tidhar, M. (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision. *Behavioral Medicine*, 24(2), 81-88.

Benton, A.A. (1973). Reactions to demands to win from an opposite sex opponent. *Journal of Personality*, 41(3), 430-442.

Benton, A.A., Kelley, H.H. & Liebling, B. (1972). Effects of extremity of offers and concession rate on the outcomes of bargaining. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(1), 73-83.

Berdoz, D., Conus, M.K. & Daeppen J.B. (2005). « Combien de fois il faut que je vous dise…»: Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. *Revue Médicale Suisse : Médecine & Hygiène,* 1(38), 2453-2456.

Berkowitz, L. (1973). Reactance and the unwillingness to help others. *Psychological Bulletin,* 79(5), 310-317.

Berkowitz, L. & Daniels, L.R. (1963). Responsibility and dependency. *The Journal of Abnormal and Social Psychology,* 66(5), 429-436.

Bernard, F. (2007). « Communication engageante, environnement et écocitoyenneté: un exemple des « migrations conceptuelles » entre SIC et psychologie sociale ». *Communication et organisation [en ligne], 31, 2007, mis en ligne le 01 juillet 2010. URL : http://communicationorganisation.revues.org/94.*

Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 49-59.

Birnbaumer, N. & Schmidt, R., F. (1999). Biologische psychologie [Biological psychology]. In Nawrat, R. & Dolinski, D. (2007). « Seesaw of Emotions » and Compliance : Beyond the Fear-Then-Relief Rule. *The Journal of Social Psychology*, 147(5), 556-571.

Bloom, P.N., Lipkus, I., Schwartz-Bloom, R.D., McBride, C. & Feaganes, J. (1998). A Field Experiment Using the Foot-in-the-Door Technique to Recruit Teen Smokers to Smoking Cessation Programs. *Social Marketing Quaterly, Adolescent issues,* 61-63.

Boer, H. & Seydel, E.R. (1995). Protection Motivation Theory. In Conner, M. & Norman, P. (eds). Predicting Health Behaviour. Buckingham. *Open University Press*, 95-120.

Bonetti, D., Johnston, M., Pitts, N.B., Deery, C., Ricketts, I., Tilley, C., & Clarkson, J.E. (2009). Knowledge May Not Be the Best Target for Strategies to Influence Evidence-Based Practice: Using Psychological Models to Understand RCT Effects. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 287-293.

Breen, N., Wagener, D.K., Brown, M.L., Davis, W.W., & Ballard-Barbash, R. (2001). Progress in Cancer Screening Over a Decade: Results of Cancer Screening From the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(22), 1704-1713.

Brehm, M.L., Back, L.W., Bogdonoff, M.D. (1964). A physiological effect of cognitive dissonance under stress and deprivation. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 69, 303-310.

Brehm, J.W. & Cole, A.H. (1966). Effect of a favor which reduces freedom. *Journal of Personality and Social Psychology,* 3(4), 420-426.

Brewer, N.B., Gibbons, F.X., Gerrard, M., Chapman, G.B., McCaul, K.D. & Weinstein, N.D. (2007). Meta-Analysis of the Relationship Between Risk Perception and Health Behavior: The Example of Vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145.

Brindel, P., Tournoux, C., Jais, J.-P., & Landais, P. (2006). Version révisée du CONSORT pour rendre compte des essais randomisés : explication et élaboration. Traduit de Altman, D.G., Schulz, K.F., Moher, D., Egger, M., Davidoff, F., Elbourne, D., Gotzche, P.C., & Lang, T. (2001). The Revised CONSORT Statement for Reporting Randomized Trials: Explanation and Elaboration. Annals of Internal Medicine, 134, 663-674.

Broc, G. (2008). La maladie hybride : Etude sur la représentation causale du cancer et son impact en prévention secondaire. *Mémoire de Master 1, Université de Bordeaux.*

Broc, G. (2009a) : Impact de la théorie de l'Engagement sur la représentation sociale du Cancer et sur l'implication des personnes-relais dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus. *Mémoire de Master 2, Université de Bordeaux.*

Broc, G. (2009b). Cancer et Sociétés. [Présentation]. *Séminaire de Master 2, Université de Bordeaux.*

Brown, P. & Levinson, S. (1987). Politeness. In Guéguen, N., Pascual, A., Jacob, C. & Morineau, T. (2002). Request solicitation and semantic evocation of freedom: An evaluation in a computer-mediated communication context. *Perceptual and Motor Skills*, 95(1), 208-212.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, Stress, Coping: le Coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.

Burger, J.M. (1986). Increasing Compliance by Improving the Deal : The That's-Not-All Technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 277-283.

Burger, J.M. (1999). The foot-in-the-door compliance procedure: A multiple-process analysis and review. *Personality and Social Psychology Review*, 3(4), 303-325.

Burger, J.M. & Caldwell, D.F. (2003). The Effects of Monetary Incentives and Labeling on the Foot-in-the-Door Effect: Evidence for a Self-Perception Process. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(3), 235-241.

Burger, J.M. & Guadagno, R.E. (2003). Self-Concept Clarity and the Foot-in-the-Door Procedure. *Basic and Applied Social Psychology, 25(1), 79-86.*

Butori, R. & Parguel, B. (2010). Les biais de réponse. Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. [Manuscrit en ligne], page consultée le 17 décembre 2012 à l'adresse *http://hal-essec.archives-ouvertes.fr/docs/00/63/62/28/PDF/AFM_2010_Version_DA_finitive_Raph_28_FA_vrier.pdf*

Butler, C.C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann, M., Russel, I., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice*, 49, 611-616.

Cacioppo, J.T. & Petty, R.E. (1984). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Consumer Research*, 11, 673-675.

Cann, A., Sherman, S.J. & Elkes, R. (1975). Effects of initial request size and timing of a second request on compliance: The foot in the door and the door in the face. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(5), 774-782.

Carducci, B., J. & Deuser, P., S. (1984). The Foot-In-The-*Donor* Technique : Initial Request and Organ Donation. Basic and Applied Social Psychology, 1984, 5(1), 75-81.

Carey, M.P., Kalra, D.L., Carey, K.B., Halperin, S. & Richards, S. (1993). Stress and Unaided Smoking Cessation: A Prospective Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 831-838.

Carré, P. & Fenouillet, F. (2009). *Traité de psychologie de la motivation*. Paris, Dunod.

Carstensen, L.L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. In Lang, F.L. & Carstensen, L.L. (2002). Time Counts: Future Time Perspective, Goals, and Social Relationships. *Psychology and Aging*, 17(1),125-139.

Chaiken, S. (1980). Heuristic Versus Systematic Information Processing and the Use of Source Versus Message Cues in Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 752-766.

Chaiken, S. (1987). The heuristic model of persuasion. In Girandola, F. (2000). Peur et persuasion: Présentation des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture. In L'année psychologique, 100(2), 333-376.

Chaiken, S., Giner-Sorolla, R. & Chen, S. (1996). Beyond accuracy: defense and impression motive in heuristic and systematic information processing. In Marchioli, A. (2006). « Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive ». *Communication & Marketing,* 1(1), 17-36.

Channon, S.J., Smith, V.J. & Gregory, J.W. (2003). A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 680-683.

Channon, S.J., Huws-Thomas, M.V., Rollnick, S., Hood, K., Cannings-John, R.L., Rogers, C., & Gregory, J.W. (2007). A Multicenter Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing in Teenagers With Diabetes. *Clinical Care / Education / Nutrition*, 30(6), 1390-1395.

Channouf, A., Le Manio, P.-Y., Py, J. & Somat, A. (1993). Internality, normative clearsightedness and temporal persistence of the effects of dissonance. *Revue internationale de psychologie sociale, 2, 69-84.*

Chartrand, T., Pinckert, S., Burger, J.M. (1999). When manipulation backfires: The effects of time delay and requester on the foot-in-the-door technique. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(1), 211-221.

Chertkoff, J.M. & Conley, M. (1967). Opening offer and frequency of concession as bargaining strategies. *Journal ol Personality and Social Psychology*, 7(2), 181-185.

Chu, G.C. (1966). Fear Arousal, Efficacy, and Imminency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(5), 517-524.

Cialdini, R.B. & Ascani, K. (1976). Test of a concession procedure for inducing verbal, behavioral, and further compliance with a request to give blood. *Journal of Applied Psychology*, 61(3), 295-300.

Cialdini, R.B., Cacioppo, J.T., Bassett, R. & Miller, J.A. (1978). Low-Ball Procedure for Producing Compliance : Commitment then Cost. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(5), 463-476.

Cialdini, R.B. & Schroeder, D.A. (1976). Increasing Compliance by Legitimizing Paltry Contributions : When Even a Penny Helps. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(4), 599-604.

Cialdini, R.B., Trost, M.R., Newsom, J.T. (1995). Preference for consistency: The development of a valid measure and the discovery of surprising behavioral implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(5), 463-476.

Cialdini, R.B., Vincent, J.E., Lewis, S.K., Catalan, J., Wheeler, D. & Darby, B.L. (1975). Reciprocal concessions procedure for inducing compliance: The door-in-the-face technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 206-215

Coch, L. & French, J.R.P., Jr. (1948). Overcoming Resistance to Change. *Human Relations, 1, 512-532.*

Cohen, M. & Azaiza, F. (2007). Health-Promoting Behaviors and Health Locus of Control from a Multicultural Perspective. *Ethnicity & Disease*, 17, 636-642.

Cokkinides, V.E., Chao, A., Smith, R.A., Vernon, S.W., & Thun, M.J. (2003). Correlates of Underutilization of Colorectal Cancer Screening among U.S. Adults, Age 50 Years and Older. *Preventive Medicine*, 36, 85-91.

Cole, S.R., Smith, A., Wilson, C., Turnbull, D., Esterman, A. & Young, G., P. (2007). An advance notification letter increases participation in colorectal cancer screening. *Journal of Medical Screening, 14(2), 73-75.*

Cole, S.R., Young, G.P., Byrne, D., Guy, J.R. & Morcom, J. (2002). Participation in screening for colorectal cancer based on a faecal occult blood test is improved by endorsement by the primary care pratitioner. *Journal of Medical Screening*, 9, 147-152.

Colletti, G. & Kopel, S.A. (1979). Maintaining Behavior Change: An Investigation of Three Maintenance Strategies ans the Relationship of Self-Attribution to the Long-Term Reduction of Cigarette Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(3), 614-617.

Collins, A. & Mullan, B. (2011). An extension of the theory of planned behavior to predict immediate hedonic behaviors and distal benefit behaviors. *Food Quality and Preference*, 22, 638-646.

Corneille, O. (1993). Une synthèse critique du modèle de probabilité d'élaboration. *L'année psychologique*, 93(4), 583-602.

Cornu1, J.-N., Girardet, C., & Cussenot, O. (2010). Des chiens dressés pour une nouvelle méthode de dépistage des cancers ? *Progrès en Urologie – FMC*, 20(4), 135-138.

Costanza, M.E., Luckmann, R., Stoddard, A.M., Avrunin, J.S., White, M.J., Stark, J.R., Clemow, L. & Rosal, M.C. (2005). Applying a stage model of behavior change to colon cancer screening. *Preventive Medecine*, 41, 707-719.

Costanza, ME., Luckmann, R., White, M.J., Rosal, M.C., LaPelle, N., Cranos, C. (2009). Moving mammogram-reluctant women to screening: A pilot study. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 343-349.

Coulter, R.H. & Pinto, M.B. (1995). Guilt Appeals in Advertising: What Are Their Effects? *Journal of Applied Psychology*, 80(6), 697-705.

Courbet, D. (2003). Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages générant de la peur. Une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement d'attitudes néfastes. *Communication*, 22(1), 100-122.

Couzigou, P., Vergniol, J., Kowo, M., Terrebonne, E., Foucher, J., Castera, L., Laharie, D. & De Ledinghen, V. (2009). Intervention brève en alcoologie. La Presse Médicale, 38(7-8), 1126-1133.

Crockett, R.A., Weinman, J., Hankins, M. & Marteau, T. (2009). Time orientation and health-related behavior: Measurement in general population samples. *Psychology and Health*, 24(3), 333-350.

Crouch, R., Wilson, A. & Newbury, J. (2011). A systematic review of the effectiveness of primary health education or intervention programs in improving rural women's knowledge of heart disease risk factors and changing lifestyle behaviours. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 236-245.

Crown, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.

Crown, D. P., & Marlowe, D. (1961). Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal of Consulting Psychology*, 25(2), 109-115.

Croyle, R.T. & Cooper, J. (1983). Dissonance arousal: physiological evidence. In Joule, R., V. (1987). La dissonance cognitive : un état de motivation ? *L'année psychologique, 87(2), 273-270.*

Dabbs, J.M. & Leventhal, H. (1966). Effects of varying the recommendations in a fear-arousing communication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(5), 525-531.

Darley, J.M. & Latané, B. (1968). Bystander Intervention in Emergencies : Diffusion of Responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol 8(4), 377-383.*

Das, E., De Wit, J.B. & Stroebe, W. (2003). Fear appeals motivate acceptance of action recommandations: evidence for a positive bias in the processing of persuasive messages. In Marchioli, A. (2006). « Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive ». *Communication & Marketing*, 1(1), 17-36.

Davis, B.D. & Knowles, E.S. (1999). A Disrupt-Then-Reframe Technique of Social Influence. *Journal of Personality and Social Psychology,* 76(2), 192-199.

DeBusk, R.F., Miller, N.H., Superko, H.R., Dennis, C.A., Thomas, R.J.T., Lew, H.T., Berger III, W.E., Heller, R.S., Rompf, J., Gee, D., Kraemer, H.C., Bandura, A., Ghandour, G., Clark, M., Shah, R.V., Fisher, L., & Taylor, C.B. (1994). A Case-Management System for Coronary Risk Factor Modification after Acute Myocardial Infarction. *Annals of Internal Medicine*, 120(9), 721-729.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.

De Hoog, N., Stroebe, W. & De Wit, J.B.F. (2007). The Impact of Vulnerability to and Severity of a Health Risk on Processing and Acceptance of Fear-Arousing Communications: A Meta-Analysis. *Review of General Psychology*, 11(3), 258-285.

DeJong, W. (1979). An Examination of Self-Perception Mediation of the Foot-in-the-Door Effect. *Journal of Personality and Social psychology*, 37(12), 2221-2239.

Denis, B., Perrin, P., Cailleret, A.-F., Guth, F., Ruetsch, M. & Strentz, P. (2003). Dépistage du cancer colorectal: Enquête auprès des médecins généralistes d'un département français. *Gastroentérologie Clinique et Biologique,* 27(11), 992-997.

Dent, E.B. & Goldberg, S.G. (1999). "Resistance to Change": A Limiting Perspective. *Journal of Applied Behavioral Science,* 35(1), 45-47.

Deschamps, J.-C., Joule, R.-V. & Gumy, C. (2005). « La communication engageante au service de la réduction de l'abstentionnisme électoral : une application en milieu universitaire. *Revue européenne de psychologie appliquée,* 55(1), 21-27.

Desrichard, O., Verlhiac, J.-F. & Milhabet, I. (2001). Beliefs about average-risk, efficacy and effort as sources of comparative optimism. *Revue Internationale de Psychologie Sociale, Presse Universitaire de Grenoble*, 14(4),105-142.

Deutsch, M. & Gerard, H.B. (1955). A Study of Normative and Informational Social Influences upon Individual Judgment. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 51, 629-636.*

De Vries, H., Mudde, A., Leijs, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., Clemente, M.P., Storm, H., Navarro, A.G., Nebot, M., Prins, T. & Kremers, S. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA) : an example of integral prevention. *Health Education Research: Theory and Practice*, 18(5), 611-626.

Dignan, M.B., Michielutte, R., Jones-Lighty, D.D. & Bahnson, J. (1994). Factors Influencing the Return Rate in a Direct Mail Campaign to Inform Minority Women About Prevention of Cervical Cancer. *Public Health Reports*, 109(4), 507-511.

Doise, W. (1982). L'Explication en psychologie sociale. *Paris, PUF*, 28-40.

Dolan, N.C., Ferreira, M.R., Davis, T.C., Fitzgibbon, M.L., Rademaker, A., Liu, D., Schmitt, B.P., Gorby, N., Wolf, M. & Bennett, C., L. (2004). Colorectal Cancer Screening Knowledge, Attitudes, and Beliefs Among Veterans: Does Literacy Make a Difference? *Journal of Clinical Oncology*, 22(13), 2617-2622.

Dolin, D., Booth-Butterfield, S. (1995). Foot-in-the-Door and Cancer Prevention. *Health Communication, 7(1), 55-56.*

Dozon, J.P., Fassin, D. (2001). Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. *Paris, Éditions Balland, 1-24.*

Dubois, N. & Thomine, P. (2007). « Les effets d'une procédure d'engagement. » *In Canal-U.tv, [vidéo en ligne]. Page consultée le 20 Février 2011. http://www.canal-u.tv/producteurs/les_amphis_de_france_5/dossier_programmes/psychologie/regards_sur_la_psychologie_sociale_experimentale/les_effets_d_une_procedure_d_engagement*

Duke, J.D. (1967). Critique of the Janis and Feshbach study. *The Journal of Social Psychology*, 72, 71-80.

Dunlop, W.L., Beatty, D.J. & Beauchamp, M.R. (2011). Examining the Influence of Other-Efficacy and Self-Efficacy on Personal Performance. *Journal of Sport & Exercice Psychology*, 33, 586-593.

Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuiseppi, C., Pratap, S., Wentz, R. & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *British Medical Journal,* 324, 1-9.

Ekelund, G., Manjer, J. & Zackrisson, S. (2010). Population-based screening for colorectal cancer with faecal occult blood test-do we really have enough evidence? *International Journal of Colorectal Disease*, 25(11), 1269-1275.

Elmore, J.G. & Fletcher, S.W. (2012). Overdiagnosis in Breast Cancer Screening: Time to Tackle an Underappreciated Harm. *Annals of Internal Medicine*, 156(7), 536-537.

Enriquez, E. (2006). « L'idéal type de l'individu hypermoderne : l'individu pervers ? ». In Aubert, N. (2006). « L'Individu hypermoderne ». *Érès Sociologie clinique, 39-57.*

Enzle, M.E. & Harvey, M.D. (1982). Rhetorical Requests for Help. *Social Psychology Quarterly, 45(3),* 172-176.

Even-Chen, M., Yinon, Y. & Bizman, A. (1978). The door in the face technique: effects of the size of the initial request. *European Journal of Social Psychology*, 8, 135-140.

Eyssartier, C. & Joule, R.-V. (2003). Pied-dans-la-porte et don d'organes : vers une communication engageante. In Girandola, F. & Joule, R.-V. (2006). La communication engageante. *6ème Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française, Grenoble, 30 août- 2 septembre 2006.*

Eyssartier, C., Joule, R.-V., Guimelli, C. (2007): Effets comportementaux et cognitifs de l'engagement dans un acte activant un élément central versus périphérique de la représentation du don d'organes. *Psychologie Française*, *52* (4), 499-518.

Faivre, J., Dancourt, V., Lejeune, C., Tazi, M.A., Lamour, J., Gerard, D., Dassonville, F., & Bonithon-Kopp, C. (2004). Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*, 126(7), 1674-1680.

Faivre, J., Lepage, C. & Dancourt, V. (2009). Le dépistage organisé de cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 3(2), 1- 17.

Fenton, J.J. (2011). A decision aid to enhance informed decision making about bowel cancer screening improved knowledge but reduced screening uptake. *Evidence-Based Medicine*, 16(3), 78-79.

Fern, E.F., Monroe, K.B. & Avila, R.A. (1986). Effectiveness of Multiple Request Strategies: A Synthesis of Research Results. *Journal of Marketing Research*, 23, 144-152.

Ferrari, J.R., Barone, R.C., Jason, L.A. & Rose, T. (1985a). The Effects of a Personal Phone Call Prompt on Blood Donor Commitment. *Journal of Community Psychology, 13(3), 295-298.*

Ferrari, J.R., Barone, R.C., Jason, L.A. & Rose, T. (1985b). The Use of Incentives to Increase Blood Donations. *The Journal of Social Psychology*, 125(6), 791-793.

Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. In Vaidis, D. et Halimi-Falkowicz, S. (2007). La théorie de la dissonance cognitive: une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 1, 9-18.

Festinger, L., Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 203-210.

Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474.

Fischer-Lokou, J., Martin, A. & Guéguen, N. (2010). Sentiment de Liberté et Comportement de Soumission: Deux Expériences sur L'impact de L'évocation de la Liberté d'un Internaute à Accepter une Requête Formulée par e-mail. *European Journal of Social Sciences*, 17(3), 372-381.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research. In people.umass.edu [Book online]. Pages consultées en janvier 2012. *http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html*

Fishbein, M. & Guinan, M. (1996). Behavioral science and public health: A necessary partnership for HIV prevention. *Public Health Reports*, 3(Suppl. 1), 5-10.

Fishman, P., Taplin, S., Meyer, D. & Barlow, W. (2000). Cost-Effectiveness of Strategies To Enhance mammography Use. *Effective Clinical Practice, 3(5), 213-220.*

Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R.W. (2000). A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429.

Foehl, J.C. & Goldman, M. (1983). Increasing altruistic behavior by using compliance techniques. *The Journal of Social Psychology*, 119, 21-29.

Fointiat, V. (2000). "Foot-in-the-Mouth" versus " Door-in-the-Face" requests. *The Journal of Social Psychology*, 140(2), 264-266.

Fointiat, V. (2006). "You're Helpful" versus "That's clear". Social Versus Functional Label in the Foot-in-the-Door Paradigm. *Social Behavior and Personality*, 34(5), 461-466.

Fointiat, V., Caillaud, J. & Martinie, M.A. (2004). Etiquetage social vs étiquetage fonctionnel : quels effets sur le pied-dans-la-porte avec demande implicite ? *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54, 273-278.

Fointiat, V. & Grosbras, J.-M. (2007). « Dire une chose et en faire une autre » : de la déclaration de liberté dans le paradigme de l'hypocrisie induite. *Psychologie française*, 52, 445-458.

Fointiat, V., Somat, A. & Grosbras, J.-M. (2011). Saying, but not doing: Induced Hypocrisy, Trivialization, and Misattribution. *Social Behavior and Personality*, 39(4), 465-476.

Fortini, C. & Daeppen, J.B. (2010) : « Comment aider mes patients à changer leurs comportements liés à la santé ? Introduction à la pratique de l'entretien motivationnel ». [livre et vidéos]. *CEMCAV-CHUV. Lausanne.*

Foucault, M. (1989): L'archéologie du savoir. *Paris, Gallimard.*

Freedman, J.L. & Fraser, J.C. (1966). Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique. *Journal of Personality & Social Psychology*, 4, 195-202.

Gache, P., Fortini, C., Meynard, A., Reiner Meylan, M. & Sommer, J. (2006). L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Revue Médicale Suisse*, 2(80), 2156-2162.

Gallopel-Morvan, K. (2005). La peur est-elle efficace dans un contexte Français de lutte contre les comportements tabagiques ? *Decisions Marketing*, 37, 7-16.

Gana, K., Lourel, M., Trouillet, R., Fort, I., Mezred, D., Blaison, C., Boudjemadi, V., K'Delant, P. & Ledrich, J. (2010). Judgment of riskiness : Impact of personality, naive theories and heuristic thinking among female students. *Psychology and Health, February* 25(2), 131-147.

Getz, L. et Brodersen, J. (2010). Informed participation in cancer screening : The facts are changing, and GPs are goigng to feel it. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28, 1-3.

Giordano, L., Cogo, C., Patnick, J., Paci, E., & the Euroscreen Working Group. (2012). Communicating the balance sheet in breast cancer screening. Journal of Medical Screening, 19(1), 67-71.

Girandola, F. (1996). Dissonance ou autoperception : un nouveau test dans le paradigme de la double soumission forcée. *L'année psychologique.* 96(2), 275-289.

Girandola, F. (2000). Peur et persuasion: Présentation des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture. *L'année psychologique*, 100(2), 333-376.

Girandola, F. (2002). Sequential Requests and Organ Donation. *The Journal of Social Psychology*, 142(2), 171-178.

Girandola, F. (2003). Psychologie de la persuasion et de l'engagement. *Presses Universitaires de Franche-Comté.*

Girandola, F. & Joule, R.-V. (2006). La communication engageante. *6ème Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française, Grenoble, 30 août- 2 septembre 2006.*

Girandola, F. & Joule, R.-V. (2008). La communication engageante. *Revue électronique de Psychologie Sociale, 2, 41-51.*

Girandola, F. & Michelik, F. (2008). Engagement et persuasion par la peur: vers une communication engageante dans le domaine de la santé. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40(2), 69-79.

Girandola, F. & Roussiau, N. (2003). L'engagement comme source de modifications à long terme. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 57, 83-101.

Gold, R.S. (2008). Unrealistic optimism and event threat. *Psychology, Health & Medicine*, 13(2), 193-201.

Goldman, M. (1986). Compliance Employing a Combined Foot-in-the-Door and Door-in-the-Face procedure. *The Journal of Social Psychology*, 126(1), 111-116.

Goldman, M., Creason, C.R. & McCall, C.G. (1981). Compliance employing a two-feet-in-the-door procedure. *The Journal of Social Psychology,* 114, 259-265.

Goldman, M. & Fordyce, J. (1983). Prosocial Behavior as Affected by Eye Contact, Touch, and Voice Expression. *The Journal of Social Psychology, 121,* 125-129.

Goldman, M., Kiyohara, O. & Pfannensteil, D.A. (1984). Interpersonal Touch, Social Labeling, and the Foot-in-the Door Effect. *The Journal of Social Psychology, 125(2),* 143-147.

Goldman, M., McVeigh, J.F. & Richterkessing, J.L. (1984). Door-in-the-Face Procedure: Reciprocal Concession, Perceptual Contrast, or Worthy Person. *The Journal of Social Psychology,* 123, Second Half, 245-251.

Goldman, M., Seever, M. & Seever, M. (1982). Social Labeling and the Foot-in-the-Door Effect. *The Journal of Social Psychology,* 117, 19-23.

Gollwitzer, P.M. (1993). Goal Achievement: The Role of Intentions. In Stroebe, W. & Hewstone, M. (Eds.), European Review of Social Psychology, 4, 141-185.

Gollwitzer, P.M. & Brandstätter, V. (1997). Implementation Intentions and Effective Goal Pursuit. Journal of Personality and Social Psychology, 73(1), 186-199.

Gøtzsche, P.C., Hartling, O.J., Nielsen, M. & Brodersen, J. (2008). Screening for breast cancer with mammography. [Dépistage du cancer du sein par la mammographie]. *Pamplet, available at : www.cochrane.dk or www.screening.dk.*

Gouldner, A.W. (1960). The Norm of Reciprocity: A PreliminaryStatement. *American Sociological Review 25, 161-178.*

Grandjean, I. & Guéguen, N. (2011). Testing a binding communication strategy in a company: how could persuasive information be more efficient? *Social Behavior and Personality*, 39(9), 1209-1216.

Gros, D. (2013). Toutes et tous, nous voulons « sauver la vie des femmes » ! Réflexions d'un dépisteur. Psycho-Oncologie, DOI 10.1007/s11839-013-0406-6.

Grusec, J.E., Redler, E. (1980). Attribution, reinforcement, and altruism: a developmental analysis. *Developmental Psychology*, *16*, 525–534.

Guadagno, R.E., Asher, T., Demaine, L.J. & Cialdini, R.B. (2001). When saying yas Leads to saying no: Preference to Consistency and the Reverse Foot-in-the-Door effect. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 27, 859-867.

Guéguen, N. (2001). Social Labeling and Compliance : an Evaluation of the Link between the Label and the Request. *Social Behavior and Personality, 29(8),* 743-748.

Guéguen, N. (2003). Fund-Raising on the Web: The Effect of an Electronic Door-in-the-Face Technique on Compliance to a Request. *CyberPsychology & Behavior*, 6(2), 189-193.

Guéguen, N., GrandJean, I. & Meineri, S. (2011a). Adhésion de salariés à un projet d'entreprise par le biais d'actions de communication engageante. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 82, 19-32.

Guéguen, N., Jacob, C. & Meineri, S. (2011b). Effects of the Door-in-the-Face technique on restaurant customers' behavior. *International Journal of Hospitality Management, 30, 759-761.*

Guéguen, N., Marchand, M., Pascual, A. & Lourel, M. (2008). Foot-in-the-door technique using a courtship request : a field experiment. *Psychological Reports,* 103, 529-534.

Guéguen, N., Martin, A. & Meineri, S. (2011c). Similarity and Social Interaction: When Similarity Fosters Implicit Behavior Toward a Stranger. T*he Journal of Social Psychology*, 151(6), 671-673.

Guéguen, N. & Pascual, A. (2000). Evocation of Freedom and Compliance : The "But You Are Free of…" Technique. *Current Research in Social Psychology,* 18, 264-270.

Guéguen, N., Pascual, A., Jacob, C. & Morineau, T. (2002). Request solicitation and semantic evocation of freedom: An evaluation in a computer-mediated communication context. *Perceptual and Motor Skills,* 95(1), 208-212.

Guimelli, C. (1994) : Structure et transformations des représentations sociales. *Ramonville-Saint-Agne, Erès.*

Guthrie, L.C., Butler, S.C. & Ward, M.M. (2009). Time perspective and socioeconomic status: A link to socioeconomic disparities in health? *Social Science & Medicine, 68, 2145-2151.*

Hacking, I. (2004) : La fabrication des maladies. *La recherche hors série ; les molécules du bonheur*, 16, 46-48.

Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D. & Biddle, S.J.H. (2002). A Meat-Analytic Review of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. *Journal of Sport & Exercice Psychology*, 24, 3-32.

Hall, P., A. & Fong, G.T. (2007). Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review,* 1(1), 6-52.

Hall, P., A. & Fong, G., T. (2010). Temporal self-regulation theory: looking forward. *Health Psychology Review*, 4(2), 83-92.

Han, P.K., Moser, R.P., & Klein, W.M. (2006). Perceived ambiguity about cancer prevention recommandations: Relationship to perceptions of cancer preventability, risk, and worry. *Journal of Health Communication,* 11(1), 51-69.

Hansen, R.A. & Robinson, L.M. (1980). Testing the Effectiveness of Alternative Foot-in-the-Door Manipulations. *Journal of Marketing Research,* 17, 359-364.

Hardcastle, J.D., Chamberlain, J.O., Robinson, M.H., Moss, S.M., Amar, S.S., Balfour, T.W., James, P.D., & Mangham, C.M. (1996). Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet*, 348(9040), 1472-1477.

Harmon-Jones, E. & Harmon-Jones, C. (2007). Cognitive Dissonance Theory After 50 Years of Development. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 38(1), 7-16.

Harris, M.B. (1972). The effects of performing one altruistic act on the likelihood of performing another. *The Journal of Social Psychology*, 88(1), 65-73.

Hartge, P. (1999). Raising response rates: getting to Yes. *Epidemiology*, 10(2), 105-107.

Haskell, W.L., Alderman, E.L., Fair, J.M., Maron, D.J., Mackey, S.F., Superko, H.R., Williams, P.T., Johnstone, I.M., Champagne, M.A., & Krauss, R.M. (1999). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. The Standford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation: Journal of the American Heart Association*, 89(3), 975-990.

Hass, J.W., Bagley, G.S. & Rogers, R.W. (1975). Coping with the Energy Crisis: Effects of Fear Appeals upon Attitudes Toward Energy Consumption. *Journal of Applied Psychology*, 60(6), 754-756.

Heider, F. (1946). Attitudes et organisation cognitive. In Bouchet, J., Chanton, O., Kreel, V., Mazé, C., Ric, F., Richard, G. (1996). Approches du sujet social et des relations interpersonnelles. *Psychologie sociale. Tome 2. Paris. Bréal, p.44-47 & 66-68.*

Heilman, M.E. (1976). Oppositional Behavior as a Function of Influence Attempt Intensity and Retaliation Threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(5), 574-578.

Heilman, M.E. & Garner, K.A. (1975). Counteracting the Boomerang: The Effects of Choice on Compliance to Threats and Promises. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(5), 911-917.

Heranney, D., Fender, M., Velten, M. & Baldauf, J.J. (2011). A Prospective Randomized Study of Two Reminding Strategies: Telephone versus Mail in the Screenig of Cervical Cancer in Women Who Did Not Initially Respond. *Acta Cytologica*, 55, 334-340.

Hettema, J.E. & Hendricks, P.S. (2010). Motivational Interviewing for Smoking Cessation: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 868-884.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness (MARMITE). *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

Hewitson, P., Ward, A., M., Heneghan, C., Halloran, S., P. & Mant, D. (2011). Primary care endorsement letter and a patient leaflet to improve participation in colorectal cancer screening: results of a factorial randomized trial. *British Journal of Cancer, 105(4), 475-480.*

Hobföll, S.E. (1989). Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.

Holden, D.J., Jonas, D.E., Porterfield, D.S., Reuland, D., & Harris, R. (2010). Systematic Review: Enhancing the Use and Quality of Colorectal Cancer Screening. *Annals of Internal Medicine*, 152, 668-676

Hollis, J.F., Polen, M.R., Whitlock, E.P., Lichtenstein, E., Mullooly, J.P., Velicer, W.F., & Redding, C.A. (2005). Teen Reach : Outcomes From a Randomized, Controlled Trial of Tobacco Reduction Program for Teens Seen in Primary Medical Care. *Pediatrics*, 115(4), 981-989.

Homer, P.M. & Kahle, L.R. (1990). Source Expertise, Time of Source Identification, and Involvement in Persuasion: An Elaborative Processing Perspective. *Journal of Advertising*, 19(1), 30-39.

Horvath, A.O. & Symonds B.D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.

Houts, P.S., Doak, C.C., Doak, L.G., & Loscalzo, M.J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61, 173-190.

Hovland, C.I., Lumsdaine, A.A., Sheffield, F.D. & Princeton, N.J. (1949). Experiments on mass communication: Studies in social psychology in World War II, 3. In Hovland, C.I. & Weiss, W. (1951). The Influence of Source Credibility on Communication Effectiveness. *Public Opinion Quaterly,* 15, 635-650.

Hovland, C.I. & Weiss, W. (1951). The Influence of Source Credibility on Communication Effectiveness. *Public Opinion Quaterly,* 15, 635-650.

Husek, T., R. (1965). Persuasive impacts of early, late or no mention of a negative source. *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol 2(1), 125-128.

Huver, R.M.E., Engels, R.C.M.E. & De Vries, H. (2006). Are anti-smoking parenting practices related to adolescent smoking cognitions and behavior ? *Health Education Research: Theory and Practice*, 21(1), 66-77.

Irwig, L., McCaffery, K., Salkeld, G. & Bossuyt, P. (2006). Informed choice for screening: implications for evaluation. *British Medical Journal*, 332, 1148-1150.

Jackson, L.A., Hunter, J.E. & Hodge, C.N. (1995). Physical Attractiveness and Intellectual Competence: A Meta-Analytic Review. *Social Psychology Quaterly*, 58(2), 108-122.

Jacobsen, P.B., Lamonde, L.A., Honour, M., Kash, K., Hudson, P.B. & Pow-Sang, J. (2004). Relation of Family History of prostate Cancer to Perceived Vulnerability and Screening Behavior. *Psycho-Oncology*, 13, 80-85.

Janis, I.L. (1967). Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research. In Girandola, F. (2000). Peur et persuasion: Présentation des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture. *L'année psychologique*, 100(2), 333-376.

Janis, I.L. & Feshbach, S. (1953). Effects of Fear-Arousing Communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(1), 78-92.

Janis, I.L. & Feshbach, S. (1954). Personality Differences Associated with Responsiveness to Fear-Arousing Communications. *Journal of Personality*, 23, 154-166

Janis, I.L. & Mann, L. (1977). Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. In Bailly, N. & Ilharragorry-Devaux, M.-L. (2011). Adaptation et validation en langue française d'une échelle de prise de décision. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(3), 143-149.

Janis, I.L. & Terwilliger, R.F. (1962). An Experimental Study of Psychological Resistances to Fear Arousing Communications. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(6), 403-410.

Jason, L.A., Rose, T., Ferrari, J.R. & Barone, R. (1984). Personal versus impersonal methods for recruiting blood donations. *The Journal of Social Psychology*, 123, 139-140.

Jensen, C.D., Cushing, C.C., Aylward, B.S., Craig, J.T., Sorell, D.M. & Steele, R.G. (2011). Effectiveness of Motivational Interviewing Interventions for Adolescent Substance Use Behavior Change: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.

Job, R.F.S. (1988). Effective and Ineffective Use of Fear in Health Promotion Campaigns. *American Journal of Public Health*, 78(2), 163-167.

Jodelet, D. (1989). Folies et représentations sociales. *Paris, PUF*.

Jones, R.M., Vernon, S.W. & Woolf, S.H. (2010). Is Discussion of Colorectal Cancer Screening Options Associated with Heightened Patient Confusion? *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 19(11), 2821-2825.

Jørgensen, K.J., Brodersen, J., Hartling, O.J., Nielsen, M. & Gøtzsche, P.C. (2008). Informed choice requires information about both benefits and harms. *Journal of medical Ethics*, 35, 268-269.

Jouffre, S., Py, J., & Somat, A. (2001). Norme d'internalité, norme de consistance et clairvoyance normative. *RIPS – International Review of Social Psychology*, 14, 121-164.

Joule, R.V. (1987a). La dissonance cognitive : un état de motivation ? *L'année psychologique 1987*, 87(2), 273-290.

Joule, R.V. (1987b). Le Pied-dans-la-porte : Un paradigme à la recherche d'une théorie. *Communications hors thème*, 301-306.

Joule, R.V. (1987c). Tabacco deprivation : The foot-in-the-door technique versus the low-ball technique. *European Journal of Social Psychology, 17, 361-365.*

Joule, R.V., Beauvois, J.L. (1998) : La soumission librement consentie, *Paris, Presses universitaires de France.*

Joule, R.V., Beauvois, J.L. (2002). Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. *Nouvelle version. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.*

Joule, R.-V. & Bernard, F. (2008). « Sous la théorie…la plage ». *In Canal-U.tv, [vidéo en ligne]. Page consultée le 27 Septembre 2011. http://www.canal-u.tv/producteurs/les_amphis_de_france_5/dossier_programmes/les_empecheurs_de_penser_en_rond/sous_la_theorie_la_plage.*

Joule, R.V., Girandola, F. (1995). Tâche fastidieuse et jeu de rôle dans le paradigme de la double soumission. *Revue internationale de Psychologie Sociale*, 1, 101-106.

Joule, R.V., Gouilloux, F. & Weber, F. (1989). The Lure : A New Compliance Procedure. *The Journal of Social Psychology, 129(6), 741-749.*

Joule, R.-V. & Halimi-Falkowicz, S. (2007). Préservation de la méditerranée et du littoral : Comment promouvoir de nouveaux comportements de la part des plaisanciers ? Rapport final, [disponible en ligne], in *http://atelierbleu.fr/wp-content/uploads/4.2.-Rapport-LaboEG-Janv2008.pdf*, 1-95.

Kantola, S.J., Syme, G.J. & Campbell, N.A. (1984). Cognitive Dissonance and Energy Conservation. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 416-421.

Karwalajtys, T., Kaczorowski, J., Lohfeld, L., Laryea, S., Anderson, K., Roder, S., & Sebaldt, R.J. (2006). Acceptability of Reminder Letters for Papanicolaou Tests: A Survey of Women from 23 Family Health Networks in Ontario. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(10), 829-834.

Kiesler, C.A. & Sakumura, J. (1966). A test of a model for commitment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(3), 349-353.

King, E.S., Rimer, B.K., Seay, J., Balshem, A. & Engstrom, P.F. (1994). Promoting Mammography Use through Progressive Interventions: Is It Effective? *American Journal of Public Health*, 84(1), 104-106.

Klabunde, C.N., Vernon, S.W., Nadel, M.R., Breen, N., Seeff, L.C., & Brown, M.L. (2005). Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults. *Medical Care.*, 43(9), 939-944.

Komorita, S.S. & Brenner, A.R. (1968). Bargaining and Concession Making under Bilateral Monopoly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(1), 15-20.

Kraut, R.E. (1973). Effects of Social Labeling on Giving to Charity. *Journal of Experimental Social Psychology,* 9, 551-562.

Kronborg, O., Fenger, C., Olsen, J., Jørgensen, O.D., Søndergaard, O. (1996). Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blodd test. Lancet, 248(9040), 1467-1471.

Labergerie, A. (2013). Opinion des médecins généralistes en Alsace vis-à-vis du dépistage des cancers, du dépistage organisé du cancer colorectal et d'ADECA Alsace. *Thèse de médecine, Université de Strasbourg*.

Laguardia, J.G. & Ryan, R.M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'Autodétermination et applications. Revue québécoise de psychologie, 21(2), 281-304.

Lang, F.L. & Carstensen, L.L. (2002). Time Counts: Future Time Perspective, Goals, and Social Relationships. *Psychology and Aging*, 17(1), 125-139.

Lantz, P.M., Stencil, D., Lippert, M.-A.T., Beversdorf, S., Jaros, L. & Remington, P.L. (1995). Breast and Cervical Cancer Screening in a Low-Income Managed Care Sample: The Efficacy of Physician Letters and Phone Calls. *American Journal of Public Health, 85(6), 834-836.*

LaPelle, N., Costanza, M.E., Luckmann, R., Rosal, M.C., White, M.J.,, & Stark, J.R. (2008). Staging Mammography Nonadherent Women: A Qualitative Study. *Journal of Cancer Education*, 23, 114-121.

Larson, R.J., Woloshin, S., Schwartz, L.M. & Welch, H.G. (2005). Celebrity Endorsements of Cancer Screening. *Journal of the National Cancer Institute,* 97(9), 693-695.

Lasswell, H.C. (1948). The structure and function of communication in society. In Bryson, L. (1948). The Communication of Ideas. New York, *Institute for Religious and Social Studies*, 37-51.

Launoy, G., Veret, J.L., Richir, B., Reaud, J.M., Ollivier, V., Valla, A., & Gignoux, M. (1993). Involvement of general practitioners in mass screening. Experience of a colorectal cancer mass screening programme in the Calvados region (France). *European Journal of Cancer Prevention*, 2(3), 229-232.

Lécailler, D. & Michaud, P. (2004). L'entretien motivationnel : Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie, 26(2),* 129-134.

Lécailler, D. & Michaud, P. (2006). In Miller, W.R. & Rollnick, S. (2006). L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement. Avant-propos. *Paris, InterEditions-Dunod,* XI-XIII.

Leclet, H. (2012). Le management des risques en santé. [Communication] Séminaire du Laboratoire de Psychologie des Cognitions (LCP) du 7 novembre 2012, Université Strasbourg Goethe.

Lee, J.R. & Vogel, V.G. (1995). Who uses screening mammography regulary? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 4, 901-906.

Leed-Kelly, A., Russell, K.S., Bobo, J.K. & McIlvain, H. (1996). Feasibility of Smoking Cessation Counseling by Phone With Alcohol Treatment Center Graduates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(3), 203-210.

Legler, J., Meissner, H.I., Coyne, C., Breen, N., Chollette, V., & Rimer, B.K. (2002). The Effectiveness of Interventions To Promote Mammography among Women with Historically Lower Rates of Screening. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 11, 59-71.

Lepper, M.R. (1973). Dissonance, self-perception, and honesty in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25(1), 65-74.

Lerman, C., Rimer, B., Trock, B., Balshiem, A. & Engstrom, P.F. (1990). Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening. In Solomon, L.J., Mickey, R.M., Rairikar, M.A., Worden, J.K. & Flynn, B.S. (1998). Three-Year Prospective Adherence to Three Breast Cancer Modalities. *Preventive Medicine*, 27, 781-786.

Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. In Girandola, F. (2000). Peur et persuasion: Présentation des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture. *L'année psychologique*, 100(2), 333-376.

Leventhal, H. (1971). Fear appeals and Persuasion: the differentiation of a motivational construct. *American Journal of Public Health*, 61(6), 1208-1224.

Leventhal, H. & Niles, P. (1964). A field experiment on fear arousal with data on the validity of questionnaire measures. *Journal of Personality*, 32, 459-79.

Leventhal, H. & Trembly, G. (1968). Negative emotions and persuasion. *Journal of Personality*, 36, 154-168.

Leventhal, H. & Watts, J.C. (1966). Sources of resistance to fear-arousing communications on smoking and lung cancer. *Journal of Personality*, 34(2), 155-175.

Leventhal, H., Zimmerman, R.S. & Gutmann, M. (1984). Compliance: A self-regulation approach. In Robichaud-Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C., Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 59-77.

Levine, M.P., Smolak, L., Moodey, A.F., Shuman, M.D., & Hessen, L.D. (1993). Normative Developmental Challenges and Dieting and Eating Disturbances in Middle School Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 11-20.

Levy-Leboyer, C. & Moser, G. (1977). La peur est-elle un bon moyen pour modifier les attitudes et les comportements? *L'année psychologique*, 77(1), 225-238.

Libby, G., Bray, J., Champion, J., Brownlee, L., A., Birrell, J., Gorman, D., R., McCrighton, E., M., Fraser, C., G. & Steele, R., J., C. (2011). Pre-notification increases uptake of colorectal cancer screening in all demographic groups: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Screening, 18(1),24-29.*

Libion, F. & Doumont, D. (2007). Programme de dépistage du cancer colorectal: quelles recommandations pour quelle efficacité? Tour d'horizon de pays occidentaux. *UCL-RESO, Dossier technique 07-46*, 1-43.

Lieberman, D.A. (2001). Management of Chronic Pediatric Diseases with Interactive Health Games: Theory and Research Findings. *Journal of Ambulatory Care Management*, 24(1), 26-38.

Lopez, A., Lassarre, D. & Rateau, P. (2011). Dissonance et engagement : comparaison de deux voies d'intervention visant à réduire les ressources énergétiques au sein d'une collectivité territoriale. *Pratiques psychologiques,* 17, 263-284.

Ludman, E.J., Curry, S.J., Hoffman, E., & Taplin, S. (1999a). Women's Knowledge and Attitudes about Genetic Testing for Breast Cancer Susceptibility. *Effective Clinical Practice*, 2(4), 158-162.

Ludman, E.J., Curry, S.J., Meyer, D., & Taplin, S.H. (1999b). Implementation of Outreach Telephone Counseling to Promote Mammography Participation. *Health Education and Behavior, 26(5), 689-702.*

Lundhal, B.W. & Burke, B.L. (2009). The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practive-Friendly Review of Four Meta-Analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245.

Lundhal, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. (2010). A meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-five years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 137-160.

Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Piko, B.F. & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: a comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19(5), 577-593.

Mackie, D.M. & Worth, L.T. (1989). Processing Deficits and the Mediation of Positive Affect in Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(1), 27-40.

Maddux, JE., Rogers, RW. (1983). Protection motivation and self-efficacy : A revised theory of fear appeals and attitude change. In Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R.W. (2000). A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429.

Maffesoli, M. (2006). « De l'identité aux identifications ». In Aubert, N. (2006). « L'Individu hypermoderne ». *Érès Sociologie clinique,* 145-156.

Majowicz, S.E., Edge, V.L., Flint, J., Sockett, P., Doré, K., McDougall, L., Remple, V., Fyfe, M., Henson, S. & Gaebel, K. (2004). An introductory letter in advance of a telephone survey may increase response rate. *Canada Communicable Disease Report-Public Health Agency of Canada*, 30(13), 121-123.

Marchand, M., Halimi-Falkowicz, S. (2009). L'acquiescement répété : une nouvelle procédure de soumission librement consentie au service de la privation de tabac. *15ème Colloque National de la Recherche dans les IUT (Lille, France), 8-10 juin.*

Marchioli, A. (2006). « Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive ». *Communication & Marketing*, 1(1), 17-36.

Marchioli, A. & Courbet, D. (2010). « Communication de santé publique et prévention du sida. Une expérimentation sur l'influence de mini-actes engageants via internet ». *Hermès, 58, Les langues de bois*, 169-174.

Markland, D., Ryan, R.M., Tobin, V.J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 811-831.

Marshall, S.J. & Biddle, J.H. (2001). The Transtheorical Model of Behavior Change: A Meta-Analysis of Applications to Physical Activity and Exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 229-246.

Marteau, T.M., Mann, E., Prevost, A.T., Vasconcelos, J.C., Kellar, I., Sanderson, S., Parker, M., Griffin, S., Sutton, S., & Kinmonth, A.L. (2010). Impact of an informed choice invitation on uptake of screening for diabetes in primary care (DICISION): randomised trial. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.c2138, 1-7

Martens, B.K., Kelly, S.Q. & Diskin, M.T. (1996). The Effects of Two Sequential-Request Strategies on Teachers'Acceptability and Use of a Classroom Intervention. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 7(3), 211-221.

Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.

Martinie, M.-A. & Fointiat, V. (2010). Enfreindre sans craindre : tolérance à la dissonance dans le paradigme de l'hypocrisie induite. *Psychologie française*, 55, 41-47.

Mauss, M. (1923-1924). « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. » [document électronique] In Tremblay, J.M., *Les classiques des sciences sociales*, 106 pages.

McArthur, L.A., Kiesler, C.A., Cook, B.P. (1969). Acting on an attitude as a function of self-percept and inequity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12(4), 295-302.

McCaul, K.D., Branstetter, A.D., Schroeder, D.M. & Glasgow, R.E. (1996). What is the Relationship Between Breast Cancer Risk and Mammography Screening? *A Meta-Analytic Review. Health Psychology*, 15(6), 423-429.

McGregor, B.A., Bowen, D.J., Ankerst, D.P., Andersen, M.R., Yasui, Y. & McTiernan, A. (2004). Optimism, Perceived Risk of Breast Cancer, and Cancer Worry Among a Community-Based Sample of Women. *Health psychology,* 23(4),339-344.

McGuire, W., J. (1999). Constructing social psychology: creative and critical processes. In Houts, P.S., Doak, C.C., Doak, L.G., & Loscalzo, M.J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61, 173-190.

McInerney-Leo, A., Hadley, D., Kase, R.G., Giambarresi, T.R., Struewing, J.P., & Biesecker, B.B. (2006). BRCA1/2 Testing in Hereditary Breast and Ovarian Cancer Families III: Risk Perception and Screening. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 140A, 2198-2206

McMillen, D.I. & Geiselman, J.H. (1974). Effect of cognitive dissonance on alpha frequency activity : the search for dissonance. In Joule, R.V. (1987). La dissonance cognitive : un état de motivation ? *L'année psychologique,* 87(2), 273-270.

McQueen, A., Vernon, S.W., Myers, R.E., Watts, B.G., Lee, E.S. & Tilley, B.C. (2007). Correlates and predictors of colorectal cancer screening among male automotive workers. Cancer Epidemiologiy, *Biomarkers and Prevention*, 16(3), 500-509.

McQueen, A., Vernon, S.W., Rothman, A.J., Norman, G.J., Myers, R.E. & Tilley, B.C. (2010). Examining the Role of Perceived Susceptibility on Colorectal Cancer Screening Intention and Behavior. *Annals of Behavioral Medicine,* 40, 205-217.

Meineri, S. & Guéguen, N. (2011). « I Hope I'm Not Disturbing You, Am I ? » Another Operationalization of the Foot-in-the-Mouth Paradigm. Journal of Applied Social Psychology, 41, 4, 965-975.

Menon, U., Belue, R.B., Wahab, S., Rugen, K., Kinney, A.Y., Maramaldi, P., Wujcik, D., & Szalacha, L.A. (2011). A Randomized Trial Comparing the Effect of Two Phone-Based Interventions on Colorectal Cancer Screening Adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(3), 294-303.

Meszaros, J.R., Asch, D.A., Baron, J., Hershey, J.C., Kunreuther, H., & Schwartz-Buzaglo, J. (1996). Cognitive Processes and the Decisions of Some Parents to Forego Pertussis Vaccination for Their Children. *Journal of Clinical Epidemiology,* 49(6), 697-703.

Meyerowitz, B.E. & Chaiken, S. (1987). The Effect of Message Framing on Breast Self-Examination, Attitudes, Intentions, and Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 500-510.

Miles, A., Voorwinden, S., Mathews, A., Hoppitt, L.C., & Wardle, J. (2009). Cancer fear and the interpretation of ambiguous information related to cancer. *Cognition and Emotion*, 23(4), 701-713.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(4), 371-378.

Milgram, S. (1974). Soumission à l'autorité. *Paris, Calmann-Lévy.*

Milgram, S., Bickman, L. & Berkowitz, L. (1969). Note on the Drawing Power of Crowds of Different Size. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13(2), 79-82.

Milhabet, I., Desrichard, O. & Verlhiac, J.-F. (2002). Comparaison Sociale et Perception des Risques: l'Optimisme Comparatif. In Beauvois, J.-L., Joule, R.-V. & Monteil, J.-M. (Eds). Perspectives cognitives et conduites sociales, tome 8 (pp. 215-245). *Rennes : Presses universitaires de Rennes.*

Millar, M.G. (2001). Promoting Health behaviours with Door-in-the-Face: the influence of the beneficiary of the request. *Psychology, Health & Medicine*, 6(2), 115-119.

Millar, M.G. (2002). Effects of a Guilt Induction and Guilt Reduction on Door in the Face. *Communication Research*, 29(6), 666-680.

Miller, W.R., Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing Motivation for Change in Problem Drinking: A Controlled Comparison of Two Therapist Styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 455-461.

Miller, R.L., Brickman, P. & Bolen, D. (1975). Attribution Versus Persuasion as a Means for Modifying Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(3), 430-441.

Miller, D.P., Kimberly, J.R., Case, L.D., & Wofford, J.L. (2005). Using a Computer to Teach Patients about Fecal Occult Blood Screening: A Randomized Trial. *Journal of General Interne Medicine*, 20, 984-988.

Miller, W.R., Moyers, T.B., Amrhein, P., & Rollnick, S. (2007). Vers une définition consensuelle du discours-changement. Traduction par Lécailler, D. *In Entretien motivationnel.org, [Document en ligne]. Pages consultées le 04 Octobre 2012.* http://www.entretienmotivationnel.org/articles/discourschangement/

Miller, W.R., Moyers, T.B., Ernst, D., & Amrhein, P. (2008). Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC). Version 2.1. Available at : http://casaa.unm.edu/codinginst/html

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2006). L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement. *Paris, InterEditions-Dunod.*

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivationnal Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140.

Miller, R.L., Seligman, C., Clark, N.T., Bush, M. (1976). Perceptual contrast versus reciprocal concession as mediators of induced compliance. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 8(4), 401-409.

Miller, M., Siejak, K.K., Schroeder, C.M., Lerman, C., Hernandez, E. & Helm, C.W. (1997). Enhancing Adherence Following Abnormal Pap Smears Among Low-Income Minority Women: a preventive Telephone Counseling Strategy. *Journal of the National Cancer Institute,* 89(10), 703-708.

Miller, R.L. & Suls, J. (1977). Helping, self-attribution, and size of an initial request. *Journal of Social Psychology,* 103, 203-208.

Miller, W.R., Yahne, C.E. & Tonigan, J.S. (2003). Motivational Interviewing in Drug Abuse Services: A Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 754-763.

Milne, S., Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Prediction and Intervention in Health-Related Behavior: A Meta-Analytic Review of Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(1), 106-143.

Moorman, C. & Maturlich, E. (1993). A Model of Consumers' Preventive Health Behaviors: The Role of Health Motivation and Health Ability. *Journal of Consumer Research, 20, 208-228.*

Mosca, L., Mochari, H., Christian, A., Berra, K., Taubert, K., Mills, T., Arrowood Burdick, K., & Lee Simpson, S. (2006). National Study of Women's Awareness, Preventive Action, and Barriers to Cardiovascular Health. *Circulation: Journal of the American Heart Association*, 113, 525-534.

Motl, R.W., Dishman, R.K., Saunders, R.P., Dowda, M., Felton, G., Ward, D.S., & Pate, R.R. (2002). Examining Social-Cognitive Determinants of Intention and Physical Activity Among Black and White Adolescent Girls Using Structural Equation Modeling. *Health Psychology*, 21(5), 459-467.

Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J.K., Miller, W.R., & Ernst, D (2003). Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) code. Version 3.0. Adaptation française de Fortini, C., disponible à l'adresse suivante : *http://casaa.unm.edu.*

Moyers, T.B., Miller, W.R. & Hendrickson, S.M.L (2005). How Does Motivational Interviewing Work? Therapist Interpersonal Skill Predicts Client Involvement Within Motivational Interviewing Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 590-598.

Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *Biomedical Central Public Health*, 7:104 doi:10.1186/1471-2458-7-104, 1-16.

Nawrat, R. & Dolinski, D. (2007). « Seesaw of Emotions » and Compliance : Beyond the Fear-Then-Relief Rule. *The Journal of Social Psychology*, 147(5), 556-571.

Nijs, H.G.T., Essink-Bot, M.L., DeKoning, H.J., Kirkels, W.J., & Schröder, F.H. (2000). Why do men refuse or attend population-based screening for prostate cancer? *Journal of Public Health Medicine*, 22(3), 312-316.

Norman, P., Boer, H. & Seydel, E.R. (2005). Protection motivation theory. In Conner, M. & Norman, P. (2005). Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models, *Open University Press*, Maidenhead, 81-126.

O'Hea, E.L., Moon, S., Grothe, K.B., Boudreaux, E., Bodenlos, J.S., Wallston, K. & Brantley, P.J. (2009). The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine,* 32, 106-117.

O'Keefe, D.J. & Hale, S.L. (1998). The Door-in-the-Face Influence Strategy: A Random-Effects Meta-Analytic Review. *Communication Yearbook,* 21, 1-33.

O'Keefe, D.J. & Hale, S.L. (2001). An Odds-Ratio-Based Meta-Analysis of Research on the Door-in-the-Face Influence Strategy. *Communication Reports,* 14(1), 31-38.

Orbell, S., Perugini, M. & Rakow, T. (2004). Individual Differences in Sensitivity to Health Communications: Consideration of Future Consequences. Health Psychology, 23(4), 388-396.

Ouellette, J.A. & Wood, W. (1998). Habit and Intention in Everyday Life: The Multiple Processes by Which Past Behavior Predicts Future Behavior. *Psychological Bulletin,* 124(1), 54-74.

Overmier, J.B. & Seligman, M.E.P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63(1), 28-33.

Pascual, A., Castra, D., Guéguen, N. (2006). L'impact des conditions de choix d'un emploi sur l'insertion professionnelle de publics « précaires »: Une application de la théorie de l'engagement. *Psychologie du Travail et des Organisations,* Vol 12(1), 21-28.

Pascual, A., Dagot, L., Vallée, B & Guéguen, N. (2009). Soumission sans pression, médiatisation d'un tsunami et don d'argent : efficacité comparée de la porte-au-nez et du « vous êtes libre de. . . ». *Revue européenne de psychologie appliquée,* 59, 79–84.

Pascual, A. & Guéguen, N. (2002). La technique du " Vous êtes libre de… ": Induction d'un sentiment de liberté et soumission à une requête ou le paradoxe d'une liberté manipulatrice, *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 15(1), 45-82.

Pascual, A. & Guéguen, N. (2005). Foot-in-the-door and Door-in-the-face: A Comparative Meta-analytic Study. *Psychological Reports,* 96(1), 122-128.

Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (1985). Therapist Behavior as a Determinant for Client Noncompliance: A Paradox for the Behavior Modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.

Peterson, A.V., Kealey, K.A., Mann, S.L., Marek, P.M. & Sarason, I., G. (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(24), 1979-1991.

Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1977). Forewarning, Cognitive Responding, and Resistance to Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(9), 645-655.

Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1979). Effects of Forwarning of Persuasive Intent and Involvement on Cognitive Responses and Persuasion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5(2), 173-176.

Petty, R., E. & Cacioppo, J., T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 19, 123-205.

Pittman, T.S. (1993). Control motivation and attitude change. In Bouchet, J., Chanton, O., Kreel, V., Mazé, C., Ric, F., Richard, G. (1996). Approches du sujet social et des relations interpersonnelles. *Psychologie sociale. Tome 2. Paris. Bréal*, 48-49.

Pliner, P., Hart, H., Kohl, J. & Saari, D. (1974). Compliance without pressure: Somme further data on the foot-in-the-door technique. In Joule, R.V. (1987). Le Pied-dans-la-porte : Un paradigme à la recherche d'une théorie. *Communications hors thème*, 301-306.

Ploug, T., Holm, S. & Brodersen, J. (2012). To nudge or not to nudge: cancer screening programmes and the limits of libertarian paternalism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66, 1193-1196.

Pornpitakpan, C. (2004). The Persuasiveness of Source Credibility: A Critical Review of Five Decades' Evidence. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(2), 243-281.

Prestwich, A. Conner, M., Lawton, R., Bailey, W., Litman, J., & Molyneaux, V. (2005). Individual and collaborative implementation intentions and the promotion of breast self-examination. *Psychology and Health*, 20(6), 743-760.

Priolo, D. & Milhabet, I. (2008). Quand l'engagement précède l'appel à la peur : une forme de communication engageante. *L'année psychologique,* 108, 207-242.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Fava, J.L., Rossi, J.S., & Tsoh, J.Y. (2001). Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 26, 583-602.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F. & Rossi, J.S. (1993). Standardized, Individualized, Interactive, and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation. *Health Psychology*, 12(5), 399-405.

Putnam, D.E., Finney, J.W., Barkley, P.L. & Bonner, M.J. (1994). Enhancing Commitment Improves Adherence to a Medical Regimen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 191-194.

Quintard, B., Lecigne, A., Pascual, A., Rogues, A.-M., Parneix, P. (2010). Efficacité comparée de deux stratégies de prévention des infections nosocomiales : impact sur les représentations et les pratiques auto-déclarées. *Le Travail Humain, 73*(3), 239-260.

Ramelson, H.Z., Friedman, R.H. & Ockene, J.K. (1999). An automated telephone-based smoking cessation education and counseling system. *Patient Education and Counseling*, 36, 131-144.

Redeker, N. (1989). Health Beliefs, Health Locus of Control and the Frequency of Practice of Breast Self-Examination in Women. *Journal of Obstetric Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 18(1), 45-51.

Reingen, P.H. (1978). Inducing compliance with a donation request. *The Journal of Social Psychology*, 106, 281-282.

Reingen, P.H. (1982). Test of a List Procedure for Inducing Compliance With a Request to Donate Money. *Journal of Applied Psychology*, 67(1), 110-118.

Renaud, T., Com-Ruelle, L., & Lucas-Gabrielli, V. (2008). Impact des pratiques médicales sur le coût de prise en charge du cancer. Le cas du cancer du colon en Ile-de-France. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(4), 283-295.

Ric, F. & Alexopoulos, T. (2009). Etats affectifs et traitement de l'information sociale. Revue électronique de Psychologie Sociale, 4, 40-46.

Richards, M., P., M. & Ponder, M. (1996). Lay understanding of genetics: A test of a hypothesis. *Journal of Medical Genetics*, 33, 1032-1036.

Rimer, B.K. (1994). Mammography use in the U.S. : trends and the impact of interventions. In Solomon, L.J., Mickey, R.M., Rairikar, M.A., Worden, J.K. & Flynn, B.S. (1998). Three-Year Prospective Adherence to Three Breast Cancer Modalities. *Preventive Medicine*, 27, 781-786.

Rimer, B.K. & Lipscomb, J. (2000). Enhancing the Use of Mammography : Effectiveness and Cost. *Effective Clinical Practice*, 3(5), 250-252.

Rimer, B.K., Briss, P.A., Zeller, P.K., Chan, E.C.Y., & Woolf, S.H. (2004). Informed Decision Making: What is Its Role in Cancer Screening? *Cancer* (Supplement), 101(5), 1214-1228.

Rippetoe, P.A. & Rogers, R.W. (1987). Effects of Components of Protection-Motivation Theory on Adaptive and Maladaptive Coping With a Health Threat. *Journal of personality and Social Psychology*, 52(3), 596-604.

Robertson, L.S., Kelley, A.B., O'Neill, B., Wixom, C.W., Eiswirth, R.S., & Haddon, W. (1974). A Controlled Study of the Effect of Television Messages on Safety Belt Use. *American Journal of Public Health*, 64, 1071-1080.

Robertson, B., Sinclair, M., Forbes, A., Kirk, M. & Fairley, C., K. (2000). The effect of an introductory letter on participation rates using telephone recruitment. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(5),552.

Robichaud-Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C., Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 59-77.

Rodafinos, A., Vucevic, A. & Sideridis, G., D. (2005). The Effectiveness of Compliance Techniques : Foot in the Door Versus Door in the Face. *The Journal of Social Psychology*, 145(2), 237-239.

Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91, 93-114.

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In Girandola, F. (2000). Peur et persuasion: Présentation des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture. *L'année psychologique*, 100(2), 333-376.

Rogers, R.W. & Mewborn, C.R. (1976). Fear Appeals and Attitude Change: Effects of Threat's Noxiousness, Probability of Occurrence, and the Efficacy of Coping Responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(1), 54-61.

Rohrmann, B. (2000). A socio-psychological model for analyzing risk communication processes. The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 2000(2), http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2000-2/rohrmann.htm.

Rollnick, S., Miller, W.R., & Butler, C.C. (2009). Pratique de l'entretien motivationnel ; communiquer avec le patient en consultation. *Paris, InterEditions-Dunod.*

Rosenhan, D.L. (1973). Being Sane in Insane Places. Science, 179(70), 250-258.

Rosenstock, I.M. (1960). What research in motivation suggests for public health. In Robichaud-Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C., Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 59-77.

Rosenstock, I.M. (1966). Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quaterly*, 44(3), 94-124.

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quaterly*, 15(2), 175-183.

Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1971). Pygmalion à l'école. L'attente du maître et le développement intellectuel des élèves, *Paris, Casterman*.

Rothman, A.J. & Kiviniemi, M.T. (1999). Treating People With Information: an Analysis and Review of Approaches to Communicating Health Risk Information. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 44-51.

Rothman, A.J., Salovey, P., Turvey, C. & Fishkin, S.A. (1993). Attributions of Responsibility and Persuasion: increasing Mammography Utilization Among Women Over 40 With an Internally Oriented Message. *Health Psychology,* 12(1), 39-47.

Rothspan, S. & Read, S.J. (1996). Present Versus Future Time Perspective and HIV Risk Among Heterosexual College Students. *Health Psychology*, 15, 131-134.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.

Rowe, J.L., Montgomery, G.H., Duberstein, P.R. & Bovbjerg, D.H. (2005). Health Locus of Control and Perceived Risk for Breast Cancer in Healthy Women. *Behavioral Medicine,* 31(1), 33-40.

Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational Interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.

Ruffin, M.T., Fetters, M.D. & Jimbo, M. (2007). Preference-based electronic decision aid to promote colorectal cancer screening: Results of a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 45, 267-273.

Ruiter, R.A.C., Verplanken, B., De Cremer, D. & Kok, G. (2004). Danger and Fear Control in Response to Fear Appeals : The Role of Need for Cognition. *Basic and Applied Social Psychology*, 26(1), 13-24.

Ryan, R.M. & Connell, J.P. (1989). Perceived Locus of Causality and Internalization: Examining Reasons for Acting in Two Domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 749-761.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

Rychetnik, L., Carter, S.M., Abelson, J., Thornton, H., Barratt, A., Entwistle, V.A., Mackenzie, G., Salkeld, G., & Glasziou, P. (2012). Enhancing Citizen Engagement in Cancer Screening Through Deliberative Democracy. *Journal of the National Cancer Institute*, 1-7.

Ryu, E., Ahn, O., Baek, S.-S., Jeon, M.-S., Han, S.-E., Park, Y.-R., & Ham, M.-Y. (2008). Predictors of mammography uptake in Korean women aged 40 years and over. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 168-175.

Safarti, D., Howden-Chapman, P., Woodward, A. & Salmond, C. (1998). Does the frame affect the picture? A study into how attitudes to screening for cancer are affected by the way benefits are expressed. *Journal of Medical Screening,* 5, 137-140.

Santos, M.D., Leve, C. & Praktanis, A.R. (1994). Hey buddy, can you spare seventeen cents? Mindful persuasion and the pique technique. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(9), 755-764.

Saywell, R.M., Champion, V.L., Skinner, C.S., McQuillen, D., Martin, D. & Maraj, M. (1999). Cost-Effectiveness Comparison of Five Interventions to Increase Mammography Screening. *Preventive Medicine*, 29, 374-382.

Saywell, R.M., Champion, V.L., Skinner, C.S., Menon, U. & Daggy, J. (2004). A Cost-Effectiveness Comparison of Three Tailored Interventions to Increase Mammography Screening. *Journal of Women's Health,* 13(8), 909-918.

Schachter, S. & Singer, J.E. (1962) Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.

Schwartz, S.H. (1970). Elicitation of moral obligation and self-sacrificing behavior: An experimental study of volunteering to be a bone marrow donor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15(4), 283-293.

Schwartz, M.D., Rimer, B.K., Daly, M., Sands, C., & Lerman, C. (1999). A Randomized Trial of Breast Cancer Risk Counseling: The Impact on Self-Reported Mammography Use. *American Journal of Public Health*, 89(6), 924-926.

Schweiger-Gallo, I. & Gollwitzer, P.M. (2007). Implementation intentions: A look back at fifteen years of progress. *Psicothema*, 19(1), 37-42.

Seeff, L.C., Nadel, M.R., Klabunde, C.N., Thompson, T., Shapiro, J.A., Vernon, S.W., & Coates, R.J. (2004). Patterns and Predictors of Colorectal Cancer Test Use in the Adult U.S. Population. *Cancer*, 100(10), 2093-2103.

Seligman, C., Bush, M. & Kirsch, K. (1976). Relationship between compliance in the foot-in-the-door paradigm and size of first request. Journal of Personality and Social Psychology, 33, 517-520.

Seligman, M.E.P. & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1-9.

Senore, C., Armaroli, P., Silvani, M., Andreoni, B., Bisanti, L., Marai, L., Castiglione, G., Grazzini, G., Taddei, S., Gasperoni, S., Giuliani, O., Malfitana, G., Marutti, A., Genta, G., & Segnan, N. (2010). Comparing Different Strategies for Colorectal Cancer Screening in Italy: Predictors of Patients' Participation. *The American Journal of Gastroenterology*, 105, 188-198.

Shanab, M.E. & O'Neill, P. (1979). The effects of contrast upon compliance with socially undesirable requests in the door-in-the-face paradigm. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 11, 236-244.

Sheeran, P. & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behaviour: augmenting the predictive validity of the theory of planned behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 29(2-3), 349-369.

Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Using Implementation Intentions to Increase Attendance for Cervical Cancer Screening. *Health Psychology*, 19(3), 283-289.

Sieverding, M., Matterne, U. & Ciccarello, L. (2010). What Role Do Social Norms Play in the Context of Men's Cancer Screening Intention and Behavior? Application of an Extended Theory of Planned Behavior. *Health Psychology*, 29(1), 72-81.

Sitbon, A. & Maresca, B. (2002). « L'évaluation des campagnes de prévention du Sida ». *Publications & Sourcing, N°S1513, In Credoc.fr [rapport en ligne] Page consultée le 28 Octobre 2011, http://www.credoc.fr/pdf/Sou/etudesida.pdf*

Slater, J.S., Henly, G.A., Ha, C.N., Malone, M.E., Nyman, J.A., Diaz, S. & McGovern, P.G. (2005). Effect of Direct Mail as a Population-Based Strategy to Increase Mammography Use among Low-Income Underinsured Women Ages 40 to 64 Years. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 14(10), 2346-2352.

Smith, D.E., Gier, J.A. & Willis, F.N. (1982). Interpersonal Touch and Compliance with a Marketing Request. *Basic and Applied Social Psychology*, 3(1), 35-38.

Smith, S.K., Trevena, L., Simpson, J.M., Barratt, A., Nutbeam, D., & McCaffery, K.J. (2010). A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.c5370, 1-13.

Snyder, M., Cunningham, M.R. (1975). To comply or not comply: Testing the self-perception explanation of the 'foot-in-the-door' phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(1), 64-67.

Solomon, L.J., Mickey, R.M., Rairikar, M.A., Worden, J.K. & Flynn, B.S. (1998). Three-Year Prospective Adherence to Three Breast Cancer Modalities. *Preventive Medicine*, 27, 781-786.

Spitzenstetter, F. (2006). Optimisme comparative dans le milieu professionnel: l'influence de la fréquence et de la gravité sur la perception des risques d'accident du travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 12(4),279-289.

Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Haastert, B. & Mühlhauser, I. (2011). Effect of evidence based risk information on "informed choice" in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 342, d3193, doi:10.1136/bmj.d3193.

Steele, C.M. (1975). Name-Calling and Compliance. *Journal of personality and Social Psychology*, 31(2), 361-369.

Steele, R.J.C., Kodtourou, I., McClements, P., Watling, C., Libby, G., Weller, D., Mackenzie, J., Brewster, D.H., Black, R., Carey, F.A. & Fraser, C. (2010). Effect of repeated invitations on uptake of colorectal cancer screening using faecal occult blood testing: analysis of prevalence and incidence screening. *British Medical Journal*, 341, c5531, 1-6.

Stefanek, M.E. (2011). Uninformed Compliance or Informed Choice? A Needed Shift in Our Approach to Cancer Screening. *Journal of the National Cancer Institute*, 103(24), 1821-1826.

Stein, H. (2010). Review of "Motivational interviewing in health care : Helping patients change behavior". *Bulletin of the Menninger Clinic,* 74(1), 89-90.

Stein, K., Lewendon, G., Jenkins, R. & Davis, C. (2005). Improving uptake of cervical cancer screening in women with prolonged history of non-attendance for screening : a randomized trial of enhanced invitation methods. *Journal of medical Screening,* 12(4), 185-189.

Stimpson, D.V. & Waranusuntikule, S. (1987). Mediating Effects of Material Payment, Social Reinforcement, and Familiarity on Foot-in the-Door Phenomena in Thailand. *The Journal of Psychology,* 121(5), 515-520.

Stokamer, C.L., Tenner, C.T., Chaudhuri, J., Vasquez, E., & Bini, E.J. (2004). Randomized Controlled Trial of the Impact of Intensive Patient Education on Compliance with Fecal Occult Blood Testing. *Journal of General Internal Medicine,* 20, 278-282.

Storms, M.D. & Nisbett, R.E. (1970). Insomnia and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology,* 16, 319-328.

Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D.S., & Edwards, C.S. (1994). The Consideration of Future Consequences: Weighing Immediate and Distant Outcomes of Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 742-752.

Streltzer, N.E. & Koch, G.V. (1968). Influence of Emotional Role-Playing on Smoking Habits and Attitudes. *Psychological Reports,* 22, 817-820.

Strenta, A. & Dejong, W. (1981). The Effect of a Prosocial Label on Helping Behavior. *Social Psychology Quaterly,* 44(2), 142-147.

Sutton, S. (1987). Social-psychological Approaches to Understanding Addictive Behaviours: attitude-behaviour and decision-making models. *British Journal of Addiction*, 82, 355-370.

Sutton, S. (1992). Shock tactics and the myth of the inverted U. *British Journal of Addiction*, 87, 517-519.

Swan, J., Breen, N., Coates, R.J., Rimer, B.K., & Lee, N.C. (2003). Progress in Cancer Screening Practices in the United States: Results from the 2000 National Health Interview Survey. *Cancer*, 97(6), 1528-1540.

Swinyard, W.R. & Ray, M.L. (1979). Effects of Praise and Small Requests on Receptivity to Direct-mail Appeals. *The Journal of Social Psychology*, 108, 177-184.

Takemura, K. (1993). The Effect of Interpersonal Sentiments on Behavioral Intention of Helping Behavior Among Japanese Students. *The Journal of Social Psychology,* 133(5), 675-681.

Tanner-Smith, E.E. & Brown, T.N. (2010). Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory & Health*, 8(1), 95-125.

Taplin, S.H., Barlow, W.E., Ludman, E., MacLehos, R., Meyer, D.M., Seger, D., Herta, D., Chin, C. & Curry, S. (2000). Testing Reminder and Motivational Telephone Calls to Increase Screening Mammography: a Randomized Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(3), 233-242.

Thomas, G. & Batson, C.D. (1981). Effect of Helping uner Normative Pressure on Self-Perceived Altruism. *Social Psychology Quaterly*, 44(2), 127-131.

Tissier-Desbordes, E. (2006). « Le corps hypermoderne ». In Aubert, N. (2006). « L'Individu hypermoderne ». *Érès Sociologie clinique*, 171-197.

Trevena, L.J., Irwig, L. & Baratt, A. (2008). Randomized trial of a self-administered decision aid for colorectal cancer screening. *Journal of Medical Screening*, 15(2), 76-82.

Triandis, H.C. (1977). Interpersonal Behavior. In Robichaud-Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C., Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 59-77.

Trock, B., Rimer, B.K., King, E., Balsheim, A., Cristinzio, C.A. & Engstrom, P.F. (1993). Impact of an HMO-based intervention to increase mammography utilization. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention Preview*, 2, 151-156.

Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M. & Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping : the role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging and Mental Health*, 13(3), 357-366.

Uranowitz, S.W. (1975) Helping and self-attributions: A field experiment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(5), 852-854.

Vaidis, D. et Halimi-Falkowicz, S. (2007). La théorie de la dissonance cognitive: une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 1, 9-18.

Van Dam, L., Kuipers, E.J., Steyerberg, E.W., Leerdam, M.E., & De Beaufort, I.D. (2013). The price of autonomy : should we offer individuals a choice of colorectal cancer screening strategies ? *The Lancet Oncology*, 14(1), e38-e46.

Vaughan, P.W., Regis, A. & St.Catherine, E. (2000a). Effects of an Entertainment-Education Radio Soap Opera on Family Planning And HIV Prevention in St.Lucia. *International Family Planning Perspectives*, 26(4): 148-157.

Vaughan, P.W., Rogers, E.M., Singhal, A., & Swalehe, R.M. (2000b). Entertainment-Education and HIV/AIDS Prevention: A Field Experiment in Tanzania. *Journal of Health Communication*, 5(Suppl.), 81-100.

Velicer, W.F. & Prochaska, J.O. (1999). An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 36, 119-129.

Vennin, P. (2007). « Consentement éclairé ou choix informé? Un dilemme éthique en pratique quotidienne ». *Bulletin du Cancer,* 94(5), 453-459.

Wahab, S., Menon, U. & Szalacha, L. (2008). Motivational interviewing and colorectal cancer screening : A peek from the inside out. *Patient Education and Counseling*, 72, 210-217.

Wallace, P., Cutler, S. & Haines, A. (1988). Randomised controlled trial of general practioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. In Berdoz, D., Conus, M.K. & Daeppen J.B. (2005). « Combien de fois il faut que je vous dise… »: Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. *Revue Médicale Suisse : Médecine & Hygiène,* 1(38), 2453-2456.

Wardle, J., McCaffery, K., Nadel, M. & Atkin, W. (2004). Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. *Social Science & Medicine,* 59(2) 249-261.

Webb, T.L. & Sheeran, P. (2006). Does Changing Behavioral Intentions Engender Behavior Change? A Meta-Analysis of the Experimental Evidence. *Psychological Bulletin,* 132(2), 249-268.

Wee, C.C., McCarthy & Phillips, R.S. (2005). Factors associated with colon cancer screening: the role of patient factors and physician counseling. *Preventive Medicine,* 41(1), 23-29.

Wegner, D.M., Vallacher, R.R., Macomber, G., Wood, R. & Arps, K. (1984). The emergence of action. *Journal of Personality and Social Psychology, 46, 269-279.*

Weinberg, D.S., Miller, S., Rodoletz, M., Egleston, B., Fleisher, L., Buzaglo, J, Keenan, E., Marks, J., Bieber, E. (2009). Colorectal cancer knowledge is not associated with screening compliance or intention. *Journal of Cancer Education,*24(3), 225-232.

Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355–386.

West, J.A., Bandura, A., Clark, E., Miller, N.H., Greenwald, G., & DeBusk, R.F. (1999). Self-Efficacy Predicts Adherence to Dietary Sodium limitation in Patients With Heart Failure. In Bandura, A. (2004). Health promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.

Whitaker, K.L., Good, A., Miles, A., Robb, K., Wardle, J. & Von Wagner, C. (2011). Socioeconomic Inequalities in Colorectal Cancer Screening Uptake: Does Time Perspective Play a Role? *Health Psychology. Advance online publication. doi: 10.1037/a0023941.*

White, M.J., Stark, J.R., Luckmann, R., Rosal, M.C., Clemow, L., Costanza, M.E. (2006). Implementing a computer-assisted telephone interview (CATI) system to increase colorectal cancer screening : A process evaluation. *Patient Education and Counseling 61, 419-428.*

Williams, K.D., Williams, K.B. (1989). Impact of Source Strength on Two Compliance Techniques. *Basic and Applied Social Psychology,* 10(2), 149-159.

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. Communication Monographs, 59, 329-349.

Witte, K. & Allen, M. (2000). A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. *Health Education & Behavior,* 27(5), 591-615.

Wollochin, S., Schwartz, L.M., Black, W.C., & Kramer, B.S. (2012). Perspective : Cancer Screening Campaigns. Getting Past Uninformative Persuasion. *The New England Journal of Medicine*, 367, 1677-1679.

Wright, P.L. (1974). Analyzing Media Effects on Advertising Responses. In Cacioppo, J.T. & Petty, R.E. (1984). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Consumer Research*, 11, 673-675.

Wurtele, S.K. & Maddux, J.E. (1987). Relative Contributions of Protection Motivation Theory Components in Predicting Exercice Intentions and Behavior. *Health Psychology*, 6(5), 453-466.

Xu, Z.-Q., Broza, Y.Y., Jonsecu, R., Tisch, U., Ding, L., Liu, H., Song, Q., Pan, Y.-Y., Xiong, F.-X., Gu, K.-S., Sun, G.-P., Chen, Z.-D., Leja, M., & Haick, H. (2013). A nanomaterial-based breath test for distinguishing gastric cancer from benign gastric conditions. *British Journal of Cancer,* 108, 941-950.

Zajac, I.T., Whibley, A.H., Cole, S.R., Byrne, D., Guy, J., Morcom, J. & Young, G.P. (2011). Endorsement by the primary care practitioner consistently improves participation in screening for colorectal cancer: a longitudinal analysis. *Journal of Medical Screening,* 17(1), 19-24.

Zanna, M.P. & Cooper, J. (1974) Dissonance and the Pill : an attribution approach to studying the arousal properties of dissonance. *Journal of Personality and Social Psychology,* 29(5), 703-709.

Zapka, J.G., Stoddard, A., Maul, L. & Costanza, M.E. (1991). Interval adherence to mammography screening guidelines. In Solomon, L.J., Mickey, R.M., Rairikar, M.A., Worden, J.K. & Flynn, B.S. (1998). Three-Year Prospective Adherence to Three Breast Cancer Modalities. *Preventive Medicine,* 27, 781-786.

Zimbardo, P.G. & Boyd, J.N. (1999). Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.

Zimbardo, P.G., Cohen, A., Weisenberg, M., Dworkin, L. & Firestone, I. (1969). The control of experimental pain. In Joule, R.V. (1987). La dissonance cognitive : un état de motivation ? *L'année psychologique,* 87(2), 273-270.

Documents

Association pour la Recherche sur le Cancer (Fondation ARC) (2008). « Ne vous inquiétez as, c'est juste un cancer ». [en ligne]. Vidéo disponible à l'adresse *http://fontainedepierres.blogspot.fr/2008/10/aidvertising-ne-vous-inquitez-pas-cest.html*

Assurance Maladie (2012). Etude sur la pratique des coloscopies en France. [en ligne]. *Disponible sur : http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-press/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/2193.php*

Azoulaï, G. (2003). « L'entretien motivationnel : initiation ». *[CDRom de formation pédagogique]*.

CépiDc, Inserm. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès : interrogation des données (1979-2010). *[en ligne]. Disponible sur : http://www.cepidc.vesinet.inserm .fr/*

Delorme, R. (2006). La journée mondiale sans tabac 2006 : Lancement d'une campagne sur les bienfaits de l'arrêt du tabagisme. *BM* 45, 24-25.

D.A.S.S. (2006). « Calendrier des Bienfaits de l'Arrêt du Tabac. ». *In DASS.gouv.nc. [Affiche en ligne]. Page consultée le 25 octobre 2011. http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/documents/sante/CALENDRIERDESBIENFCALENDRIERDESBIENFA.pdf*

G.R.E.D. (2012). Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France. Rapport du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED), *Collections Bilans d'activité et d'évaluation, ouvrage édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt*.

INCa (2007). Analyse économique des coûts du cancer en France. *[Document en ligne]. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/le-presse/dossiers-de-presse/1546*.

INVS (2009). Les français face au dépistage des cancers ; synthèse des résultats de la 2ème vague de l'enquête barométrique INCa/BVA.

INVS, INCa (2011). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Saint-Maurice.

Mars Bleu (2012). Mois de mobilisation contre le cancer colorectal. Dossier de Presse du jeudi 1er mars 2012. In e-cancer.fr [Document en ligne]. Page consultée le 26 mars 2012. *http://www.e-cancer.fr/.../doc.../8289-dossier-de-presse-mars-bleu-2012-*

Ministère de la Santé et INPES (2009). Semaine de la vaccination du 20 au 26 avril 2009. Tous vaccinés pour en finir avec la rougeole. Dossier de Presse. In inpes.sante.fr [Document en ligne]. Page consultée le 31 mai 2012. *http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/09/dp090420.pdf*

Ministère de la Santé et des Solidarités (2006). Programmes de dépistage des cancers. Annexes à l'arrêté du 29 septembre 2006. *Journal Officiel de la République Française Lois et Décrets.* In invs.sante.fr [Document en ligne]. Page consultée le 12 décembre 2011. *http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/jo_avril_2009/jo_annexe_arrete_290906.pdf*

Ministère de la Santé et des Sports (2010). Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac. In legifrance.gouv.fr [Document en ligne]. Page consultée le 26 mars 2012. *http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022120525&dateTexte=&categorieLien=id*

O.M.S. (2002). Rapport sur la Santé Dans le Monde : Réduire les risques et promouvoir une vie saine. In who.int.fr [Document en ligne]. Page consultée le 29 mai 2012. *http://www.who.int/whr/2002/fr/*

O.R.S.A.L. (2013). Les cancers du colon et du rectum en Alsace [Document en ligne]. *Disponible sur : http://www.orsal.org/activites/tbr/pdf/7599als.pdf*

Plan Cancer (2009-2013). Recommandations du Ministère de la Santé et des Sports et du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. In sante.gouv.fr [Document en ligne]. Page consultée le 23 février 2012. *http://www.sante.gouv.fr/plan-cancer-2009-2013.html*

Sécurité Routière (2010). Prendre conscience de la vulnérabilité des usagers de deux-roues motorisés: une nouvelle campagne de sensibilisation à partir du 11 juin 2010. Dossier de Presse du 10 juin 2010. In securite-routiere.gouv.fr [Document en ligne]. Page consultée le 21 mai 2012. *http://www.securite-routiere.gouv.fr/IMG/pdf/DP_campagne_2RM_cle2171e5.pdf*

Sydney Health Decision Group and Screening and Test Evaluation Program (STEP) in contribution with Trevena, L., Irwig, L., Barratt, A., Isaacs, A. & Pippos, P. (2006). Making Decisions: Should I have a screening test for bowel cancer? *In cancerscreeningdecision.org [online]Page visitée le 12 novembre 2011.http://www.cancerscreeningdecision.org/index.cfm.*

Liste des abréviations

- ADECA Alsace : Association pour le Dépistage du Cancer Colorectal en Alsace.
- INCa : Institut National du Cancer.
- InVS : Institut de Veille Sanitaire.
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- HAS : Haute Autorité de Santé.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- DASS : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
- ORSAL : Observatoire Régional de la Santé d'Alsace.
- INSEE : Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques.
- AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel.
- MINT : Motivational Interviewing Network of Trainers.
- MITI : Motivational Interviewing Treatment Integrity.
- MISC : Manual for the Motivational Interviewing Skill Code.
- RSOS : Recherche de Sang Occulte dans les Selles.
- PSA : Prostate Specific Antigen.
- CCR : Cancer Colorectal.
- DO CCR : Dépistage Organisé du Cancer Colorectal.
- PAPM : Precaution Adoption Process Model.
- MTT : Modèle Transthéorique.
- EM : Entretien Motivationnel.
- CS Conseil Simple.
- EPH : Modèle Economique de Préservation de l'Homéostasie.
- TDE : Théorie de l'engagement.
- CE : Communication engageante.
- FITD : Foot-in-the-door.
- DITF : Door-in-the-face.
- P : Participant.
- NP : Non Participant.
- GC : Groupe Contrôle.
- GE : Groupe Expérimental.
- PFC : Preference For Consistency.
- LOC : Locus of Control.
- CMJ : Croyance en un Monde Juste.
- S-R : Stimulus Réponse
- CT : Court Terme.
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- CIFRE : Convention Industrielle de Formation par la Recherche.