

APPELS À LA PEUR

POUR LA LUTTE ANTITABAC

FÉVRIER 2000

Le présent InfoDossier contient une discussion concernant le retour des appels à la peur dans la communication sur la santé, surtout pour la lutte contre le tabagisme. On examine en particulier une théorie courante, *The Extended Parallel Process Model*, qui intègre et développe des théories antérieures visant à expliquer quand et pourquoi les appels à la peur sont efficaces et quand et pourquoi ils ne le sont pas. L'InfoDossier comprend :

- une description de certains des efforts les plus récents en matière de lutte contre le tabagisme basée sur la peur,
- un aperçu, avec des exemples, du *The Extended Parallel Process Model*,
- des références,
- une liste de ressources supplémentaires.



at THE CENTRE FOR
HEALTH PROMOTION
UNIVERSITY of TORONTO

CTFO council for a tobacco-free ontario
CATO conseil anti-tabagisme de l'ontario

PTCC
CFC  Program Training & Consultation Centre
Centre de Formation et de Consultation

Comprendre et utiliser les appels à la peur pour la lutte antitabac a été réalisé par le Conseil anti-tabagisme de l'Ontario (CATO), le Centre de Formation et de Consultation (CFC) et The Health Communication Unit (THCU), des centres de ressources financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il s'agit du deuxième d'une série de cinq InfoDossiers qui visent à appuyer les campagnes médiatiques communautaires.

Autres titres de la série

Comprendre et utiliser l'analyse et la segmentation du public pour la lutte antitabac

Comprendre et utiliser les mass-media pour la lutte antitabac

Comprendre et utiliser la promotion par les médias pour la lutte antitabac

Comprendre et utiliser l'évaluation des processus pour la lutte antitabac

Les résidents de l'Ontario peuvent obtenir gratuitement des **copies supplémentaires** de ce document en s'adressant au Centre de Formation et de Consultation (CFC) : 1-800-363-7822 (tél.) ou (613) 724-4116 (fax).

Remerciements

RÉDACTION : Jodi Thesenvitz, *The Health Communication Unit*
EXAMEN : Josie d'Avernas, Centre de Formation et de Consultation
Janet Nevala, Centre de Formation et de Consultation
Larry Hershfield, *The Health Communication Unit*
CONCEPTION GRAPHIQUE : Stephen Kingston, MediaDoc (www.media-doc.com)
DATE DE CRÉATION : Février 2000

Le **CATO** est un organisme sans but lucratif dirigé par des bénévoles. Son mandat est d'épauler les coalitions communautaires en Ontario. Il appuie les activités locales pour la Semaine nationale des non-fumeurs (3^e semaine de janvier) et la Journée mondiale sans tabac (31 mai). Il appuie aussi les coalitions en donnant de l'information sur les questions de tabagisme et une aide concernant la mise sur pied de conseils locaux. On peut trouver le CATO sur le Web au <http://www.opc.on.ca/ctfo/>, ou le contacter par téléphone au 1-800-316-CTFO, par fax au (416) 962-6464 ou par courriel à ctfo@web.net.

Le **CFC** est un centre de ressources qui offre des services de formation et de consultation sur les programmes de lutte contre le tabagisme aux services de santé publique, aux coalitions locales antitabac, aux centres de santé communautaire et aux organisations non gouvernementales. Le CFC travaille en partenariat avec le Service de la santé d'Ottawa-Carleton, *R.B.J. Health Management Associates* et le *Centre for Applied Health Research* de l'Université de Waterloo. On peut trouver le CFC sur le Web au www.ptcc.on.ca ou le contacter par téléphone au 1-800-363-7822, par fax au (613) 724-4116 ou par courriel à nevalaja@rmoc.on.ca

Le **THCU** est un centre de ressources qui offre aux collectivités une formation et un soutien pour la planification, l'évaluation et l'élaboration en matière de communication sur la santé. Le THCU intègre les principes de promotion de la santé avec la théorie, la recherche et la pratique en communication. On peut trouver le THCU sur le Web au <http://www.utoronto.ca/chp/hcu/> ou le contacter par téléphone au (416) 978-0522, par fax au (416) 971-2443 ou par courriel à hc.unit@utoronto.ca.

Il n'y a aucune restriction concernant la photocopie du présent document. Si le document n'est reproduit qu'en partie, ajouter la mention suivante : « Reproduit avec l'autorisation des auteurs — Conseil anti-tabagisme de l'Ontario, Centre de Formation et de Consultation (CFC) et *The Health Communication Unit* (Université de Toronto) ».

Comprendre et utiliser l'analyse et la segmentation du public pour la lutte antitabac a été réalisé grâce à une aide financière du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les opinions et les conclusions exprimées dans le document sont celles des auteurs. Elles ne sont pas sanctionnées officiellement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ne devraient être interprétées comme telles en aucune façon.

Le présent document a été composé avec les séries de polices de caractères Humanist 521 et Transitional 511.

Table des matières

<i>Le retour des appels à la peur</i>	<i>1</i>
<i>The Extended Parallel Process Model (Modèle de processus parallèle élargi)</i>	<i>2</i>
<i>Force et nature de la réaction</i>	<i>3</i>
<i>Analyse du message par le public</i>	<i>5</i>
<i>Comprendre le public cible et s'y adapter</i>	<i>6</i>
<i>Définir clairement le public cible et la menace pour la santé</i>	<i>6</i>
<i>Évaluer la menace perçue et l'efficacité perçue par le public et agir en conséquence</i>	<i>6</i>
<i>Accroître la menace perçue</i>	<i>7</i>
<i>Accroître l'efficacité perçue</i>	<i>7</i>
<i>Résumé de l'EPPM</i>	<i>8</i>
<i>Conclusions</i>	<i>9</i>
<i>Références</i>	<i>10</i>
<i>Ressources supplémentaires</i>	<i>11</i>

Comprendre et utiliser les appels à la peur pour la lutte antitabac

Le retour des appels à la peur

Les appels à la peur sont des messages persuasifs visant à faire peur aux gens en décrivant les terribles choses qui vont leur arriver s'ils ne font pas ce que le message recommande (Witte, 1992). En cinquante ans de recherches, beaucoup de théories différentes ont été élaborées pour expliquer les résultats variables en ce qui concerne l'efficacité (ou l'inefficacité) des appels à la peur, mais en général, les communicateurs de la santé sont depuis longtemps d'avis que l'on ne devrait pas essayer de faire peur aux gens pour leur faire adopter de bonnes habitudes de santé, notamment pour les inciter à ne pas fumer ou à arrêter de fumer (Hill, Chapman, Donovan, 1998).

Cependant, des indications récentes portent à croire que des campagnes « sanglantes » et « brutales », utilisées correctement, ont leur place dans les communications en matière de santé, surtout la lutte contre le tabagisme. Une telle campagne a été lancée en Australie en juin 1997 (et plus tard utilisée dans le programme de lutte contre le tabagisme du Massachusetts) sur la recommandation d'un groupe consultatif ministériel australien sur le tabagisme. Le groupe a examiné les résultats publiés et non publiés de la recherche menée sur le tabagisme et les appels à la peur et a déterminé qu'une campagne de peur était le meilleur moyen de persuader des adultes d'arrêter de fumer.

Le groupe consultatif était d'avis que la majorité des fumeurs « ont l'intention » d'arrêter, mais, pour la plupart, le renoncement à la cigarette « n'est pas à l'ordre du jour » (Hill, Chapman, Donovan, 1998). Les données consultées l'ont aussi amené à conclure qu'une campagne de peur pourrait faire grimper ce renoncement dans l'ordre des priorités du fumeur en procurant des faits nouveaux sur l'importance, l'urgence et la pertinence, pour la personne visée, d'arrêter de fumer, tant que le message augmente aussi sa confiance dans sa capacité d'arrêter (auto-efficacité). Le groupe a aussi conclu que les images devraient être « révélatrices » (je comprends maintenant ce que le docteur voulait dire) et effrayantes (je ne peux supporter l'idée que cela pourrait arriver) de façon qu'elles viennent à l'esprit de la personne lorsqu'elle a envie de fumer ou qu'elle voit quelqu'un fumer (Hill, Chapman, Donovan, 1998)

« L'aorte », un message qui montre le « gruau » (dépôts gras) que la main gantée de caoutchouc d'un chirurgien fait sortir de l'aorte d'une personne, est l'une d'une série de trois publicités télévisées de la campagne. Lors de chaque annonce, on donne aussi un numéro de ligne d'aide pour arrêter. Les résultats globaux de cette campagne de six mois n'ont pas encore été publiés, mais un suivi hebdomadaire a montré qu'elle avait eu un gros

impact, avait suscité beaucoup de discussions à la maison et au travail au sujet de la cigarette et avait augmenté les efforts visant à arrêter (Hill, Chapman, Donovan, 1998).

Des efforts de prévention du tabagisme basés sur l'appel à la peur ont été aussi utilisés, avec des résultats prometteurs, en Norvège (Hafstad & Aaro, 1997), aux États-Unis et au Canada. Des publicités du même type comme « Janet Sackman » (réalisée par le ministère de la santé du Massachusetts) montrant comment la cigarette peut entraîner à long terme la perte des cordes vocales, et « Joanne » (réalisée par le ministère de la Santé de l'Ontario) montrant aux jeunes comment la cigarette fait vieillir prématurément et affecte l'apparence physique, sont de plus en plus courantes sur les ondes canadiennes.

En outre, le ministre de la santé (du Canada) Alan Rock a adopté la même méthode en imposant que l'on place sur les paquets de cigarettes des photos très explicites de bouches et d'organes malades, avec de l'information sur des méthodes pour arrêter de fumer. Les résultats à long terme de ces campagnes vont probablement donner plus d'indications sur l'utilisation des appels à la peur pour la lutte contre le tabagisme.

The Extended Parallel Process Model (Modèle de processus parallèle élargi)

Des recherches à l'appui de l'utilisation (correcte) des appels à la peur sont menées par Kim Witte à l'université de l'État du Michigan. Son Extended Parallel Process Model (EPPM) intègre et développe des théories antérieures (dont Leventhal, 1971, Rogers 1975, Maddux et Rogers, 1983¹) pour expliquer quand et pourquoi les appels à la peur sont efficaces et quand et pourquoi ils ne le sont pas (Witte, 1992). Le modèle n'a pas encore été testé dans le domaine du tabagisme, mais il s'est révélé assez précis pour beaucoup de groupes et de sujets (Witte, 1998). L'EPPM, qui est décrit brièvement ici, explique dans une large mesure cette question qui était difficile à démêler, et cette explication est conforme au raisonnement à la base des campagnes antitabac décrites ci-dessus et aux conclusions tirées de ces campagnes.

1. Les travaux de Bandura (1977) sur l'auto-efficacité et la délimitation, par Beck et Frankel (1981), de l'efficacité personnelle versus l'efficacité de la réaction ont poussé Maddux et Rogers (1983) à ajouter l'auto-efficacité à leur modèle.

Force et nature de la réaction

Selon l'EPPM, la façon dont une personne réagit aux appels à la peur dépend de son évaluation de la menace et de son efficacité perçue. Lorsqu'elle évalue la menace, la personne en considère la gravité, puis elle juge sa vulnérabilité, c'est-à-dire les chances que cela lui arrive. Si une personne ne croit pas qu'elle est en danger, ou que la menace pour sa santé n'est pas grave, elle ne va pas réagir au message.

Peur : Forte réaction émotionnelle causée par la perception d'une grande menace qui concerne la personne (Witte, 1998)

Menace totale perçue =

Gravité perçue (Y a-t-il un risque grave pour la santé?)
+ vulnérabilité perçue (Est-ce que cela peut m'arriver?)

Si la perception de la menace atteint un certain niveau (c.-à-d. la personne croit que la menace est grave et qu'elle est en danger), elle va avoir une réaction de peur et va être poussée à agir. La nature de sa réaction va dépendre de son opinion sur l'efficacité de l'action recommandée (efficacité de la réaction²) et de son opinion sur sa capacité d'agir (auto-efficacité). La combinaison de ces deux opinions s'appelle efficacité perçue.

Efficacité totale perçue =

Efficacité de la réaction (Est-ce que l'action recommandée va réellement permettre d'éviter le danger?)
+ auto-efficacité (Suis-je capable d'agir de la façon recommandée?)

Lorsqu'une personne a peur, mais qu'elle sait réagir efficacement à une menace (c.-à-d. l'efficacité perçue est plus grande que la menace perçue), elle adopte le comportement recommandé pour maîtriser le danger. Ce comportement s'appelle réaction de maîtrise du danger. Par contre, si la perception de la menace dépasse la perception de l'efficacité (c.-à-d. elle ne se sent pas capable d'éviter efficacement la menace parce que l'action recommandée est trop difficile, trop coûteuse ou ne marchera pas), la personne commence à réfléchir à la façon de maîtriser sa peur. Elle va éviter le message, nier qu'elle est en danger, rire du message ou se fâcher contre la source ou la question (et l'ignorer). Elle peut même adopter plus de comportements néfastes pour sa santé (effet boomerang). Il s'agit là de réactions de maîtrise de la peur. En d'autres termes, tant qu'une personne perçoit une menace, elle va être poussée à réagir. En fait, plus la menace est grande, plus la motivation est grande. Le choix entre la maîtrise de la peur et la maîtrise du danger va dépendre du niveau d'efficacité perçue par rapport au niveau de menace perçue. Le diagramme de la page suivante, qui est une simplification de l'EPPM, montre comment une personne analyse un message d'appel à la peur et réagit en fonction de cette analyse. Dans la réalité, cette analyse et la réaction qu'elle provoque sont très rapides.

La menace perçue détermine l'intensité de la réaction et l'efficacité perçue détermine la nature de la réaction.

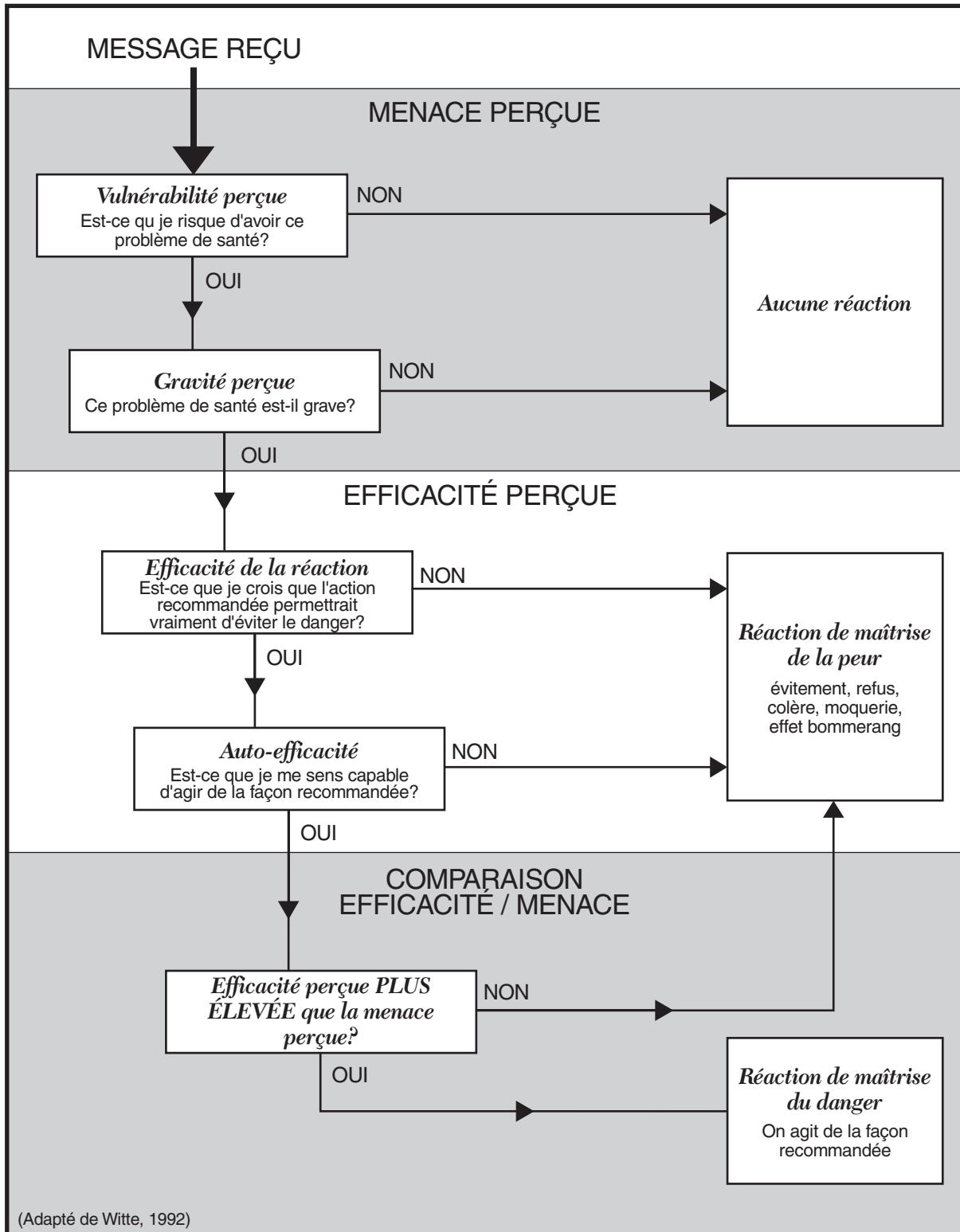
2. L'efficacité de la réaction, selon la description dans l'EPPM, est la même chose que la « probabilité des résultats », selon la Social Learning Theory (théorie d'apprentissage social) (Bandura, 1977).

En résumé :

- Lorsque la menace perçue est basse, la personne ne se soucie pas d'efficacité de sorte qu'elle ne réagit pas,
- Lorsque la menace perçue est élevée et que l'efficacité perçue est basse (plus basse), la personne évite le message ou adopte un comportement de refus ou de colère vis-à-vis de la source ou de la question (maîtrise de la peur),
- Lorsque la menace perçue est élevée et que l'efficacité perçue est plus élevée, la personne adopte le comportement recommandé (maîtrise du danger).

Dans l'utilisation des appels à la peur, l'objectif est donc de créer un message véhiculant une menace élevée et une efficacité élevée. Le concept est simple, mais son application est complexe et difficile car les différences sont très grandes d'une personne à l'autre à cet égard. Un message qui va trouver le bon équilibre de menace et d'efficacité pour une personne peut laisser une autre personne indifférente ou avoir le résultat contraire, c'est-à-dire causer l'évitement, le refus, la colère à l'égard du message ou l'effet boomerang.

Analyse du message par le public



Comprendre le public cible et s'y adapter

Pour créer un message qui véhicule une haute efficacité et une forte menace, il est essentiel de bien connaître le public cible - qu'il s'agisse d'une personne ou d'un groupe important de la population. Il faut ainsi clairement définir le public cible et le sujet, puis évaluer la menace perçue et l'efficacité perçue par le public et agir en conséquence.

Définir clairement le public cible et la menace pour la santé

L'examen du public cible aide à établir un appel à la peur qui est adapté à ses perceptions particulières de la menace et de l'efficacité. Il y a encore beaucoup de travail à faire pour établir quels traits de la personne déterminent les réactions à la peur (Witte, 1998), mais les perceptions peuvent être influencées par des facteurs comme la culture et l'âge. Par conséquent, il est très important que le public cible soit un groupe aussi homogène que possible afin que chacun de ses membres réagisse au message d'une façon similaire (et, on l'espère, prévisible). Afin d'établir clairement les perceptions de menace et d'efficacité du public, il est aussi essentiel de bien définir le sujet (le danger pour la santé). Il ne devrait jamais y avoir aucun doute (quand on voit une annonce ou entend un message) quant à l'objet du message.

Évaluer la menace perçue et l'efficacité perçue par le public et agir en conséquence

Witte et ses collègues (1995) ont mis au point plusieurs outils d'évaluation que l'on peut utiliser avec les publics cibles (individu ou groupe) pour déterminer la gravité perçue de la menace, la vulnérabilité à la menace, l'efficacité de la réaction et l'auto-efficacité (en ce qui concerne un sujet clairement défini). Ils peuvent servir à évaluer le public avant d'élaborer (ou de diffuser) un message, ou à évaluer la réaction du public à un message donné. Ces outils déterminent si le public perçoit une menace assez grande pour susciter une réaction et si l'efficacité perçue est plus élevée que la menace perçue. En d'autres termes, ces outils montrent si le public va adopter un comportement de maîtrise de la peur ou de maîtrise du danger et pourquoi. On peut se servir de cette information pour adapter le message aux publics afin qu'ils adoptent le comportement recommandé.

Voir **Comprendre et utiliser l'analyse et la segmentation du public pour la lutte antitabac**

(InfoDossier 1 de cette série) pour plus de renseignements sur la définition du public cible.

Il est important de noter que les messages d'appel à la peur qui sont destinés à une vaste diffusion (affiche, journal, télévision, etc.) devraient être testés, non seulement sur le public cible, mais sur d'autres publics qui pourraient être exposés à ces messages. Il s'agit de s'assurer que le message n'est pas mal interprété ou qu'il n'a pas un effet néfaste (p. ex. s'assurer que le message ne suscite pas une réaction de maîtrise de la peur).

Accroître la menace perçue

Les personnes qui ne perçoivent pas une grande menace doivent être convaincues de la gravité de la menace pour la santé, ainsi que de leur vulnérabilité à cet égard. En général, un message qui véhicule une grande menace et génère la peur est très explicite, personnel et il contient des mots-chocs (Witte, 1998). Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné, la perception de la menace peut beaucoup varier chez les individus (et les groupes). On devrait mener des recherches parmi les membres du groupe cible (à l'aide de groupes de consultation, d'entrevues ou de sondages) pour déterminer ce qui leur fait peur en ce qui concerne un sujet donné.

La menace peut sembler évidente, mais souvent elle ne l'est pas. Par exemple, les fumeurs d'âge moyen peuvent avoir peur du cancer du poumon ou de la maladie de cœur. Cependant, les jeunes peuvent ne pas se sentir exposés aux maladies liées au tabagisme. En fait, ils peuvent estimer que la perte d'amis ou la détérioration de leur apparence physique sont des menaces beaucoup plus graves du tabagisme qui les concernent personnellement. Pour accroître en particulier la vulnérabilité perçue à une menace pour la santé, le message doit souligner ou illustrer comment le danger pour la santé frappe des personnes qui sont identiques au groupe cible à bien des égards.

On doit encore mener beaucoup d'autres recherches pour déterminer exactement les éléments des appels à la peur qui suscitent la peur ou la perception d'une menace (Witte, 1998). Cependant, la consultation du public cible peut donner des indices et une fois qu'un message a été élaboré, on peut mesurer la peur (de façon assez précise) en demandant aux participants d'évaluer leur degré de peur : tendu, nerveux, anxieux, mal à l'aise et très incommode (Witte, 1998).

Accroître l'efficacité perçue

Afin d'accroître l'efficacité perçue (efficacité de la réaction + auto-efficacité), il faut que le public cible sache clairement quelle est l'action recommandée, estime qu'elle est efficace (efficacité de la réaction) et se sente capable d'agir (auto-efficacité). Afin de concevoir un message qui donne ce résultat, on doit examiner les connaissances, les attitudes, les comportements, les intentions du public, les obstacles et les avantages d'agir pour lui.

Pour accroître l'efficacité de la réaction, on devrait souligner que le comportement recommandé va vraiment diminuer les risques d'exposition à la menace pour la santé. En d'autres termes, il s'agit de faire ressortir les bienfaits du comportement recommandé. Par exemple, il faudra probablement convaincre un fumeur que sa santé va s'améliorer lorsqu'il va cesser de fumer.

Il peut être plus difficile d'avoir une influence au niveau de l'auto-efficacité. Selon Bandura (1977), une façon d'augmenter l'auto-efficacité d'une personne est de lui faire jouer un jeu de rôles ou de lui faire regarder des

Les messages qui ne sont pas testés peuvent non seulement être inefficaces, mais avoir aussi l'effet contraire. Des messages qui sont censés être effrayants peuvent attirer les jeunes (être « cool ») au lieu de les décourager.

L'annonce antitabac bien connue « *Quitting Takes Practice* » du California Department of Health Services n'est pas un message qui fait appel à la peur, mais elle est conçue pour augmenter l'auto-efficacité. L'annonce, qui a été souvent utilisée en Ontario, montre qu'il n'est pas facile d'arrêter, mais qu'on peut y arriver en procédant par étapes.

gens qui simulent le comportement. Quand une personne a la chance de participer à un jeu de rôles, cela lui donne des idées sur la façon d'agir dans des situations réelles. Par exemple, une annonce télévisée pourrait montrer des jeunes qui refusent une cigarette dans diverses situations originales. En plus de montrer comment réagir de la façon recommandée, le message pourrait devoir corriger des fausses idées, renforcer les bonnes suppositions, présenter des concepts que le public ne connaît pas et donner des informations sur la façon de surmonter les obstacles indiqués par le public cible (par exemple coût, temps, langue, différences culturelles, etc.).

Les messages qui augmentent les perceptions d'efficacité sont plus importants pour les personnes en situation de maîtrise de la peur. En effet, on ne devrait pas les effrayer davantage. Les personnes en situation de maîtrise du danger ont une perception d'efficacité suffisamment élevée pour contrer leur perception de menace. Par conséquent, pour continuer à motiver ces personnes, les messages devraient souligner la gravité de la menace et leur vulnérabilité à cette dernière. Des messages de forte efficacité en devraient accompagner les messages de forte menace.

Résumé de l'EPPM

En résumé, selon Witte (1998), les appels à la peur réussissent lorsque les personnes ont une forte perception d'efficacité. Cependant, ils peuvent échouer en présence d'une faible perception d'efficacité. En bref, on peut susciter la peur chez une personne pour faire adopter le comportement recommandé, mais seulement lorsque la personne se sent capable de l'adopter (Witte, 1998). Witte ajoute que même si cette recherche semble nouvelle et très intéressante, en fait elle n'est pas nouvelle. Elle reprend des propos d'Aristote, vieux de 2000 ans (cités dans Mongeau, 1991, p 101-102), qui résument le modèle :

Même s'il y a la crainte de l'incertitude, il doit y avoir une lueur d'espoir. En effet, il semble que la peur délie les langues, mais les gens ne vont pas délibérer de choses qui sont sans espoir.

Conclusions

Après de nombreuses années où on a évité les appels à la peur, de nouvelles indications portent à croire qu'ils sont utiles. On ne connaît pas encore les résultats des campagnes antitabac utilisant un tel procédé, mais ils semblent prometteurs. Cependant, il convient de mentionner que les appels à la peur ne sont pas sans risque. Tout au long de cet InfoDossier, on a souvent dit qu'ils devraient seulement être utilisés avec des messages véhiculant une haute efficacité, ce qui nous amène à nous poser cette question : les appels à la peur pourraient-ils avoir des effets psychologiques involontaires qui n'ont pas encore été étudiés? Ces messages pourraient-ils nuire à certaines personnes ou à certains groupes qu'ils ne visaient pas en particulier? Ces questions et bien d'autres restent sans réponse alors qu'une fois de plus, nous essayons de faire peur aux gens pour qu'ils prennent soin de leur santé.

Références

Bandura, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.

Beck, K.H., et Frankel, A. A conceptualization of threat communications and protective health behaviour. *Social Psychology Quarterly* (1981), vol. 44, p. 204–217.

Hafstad, A, Aaaro LE. Activating interpersonal influence through provocative appeals—evaluation of a mass media-based anti-smoking campaign targeting adolescents. *Health Communication* (1997), vol. 7, p. 122–27.

Hill, D. Chapman, S., et Donovan, R. The Return of Scare Tactics. *Tobacco Control* (1998), vol. 7, p. 5–8.

Leventhal, H. Fear appeals and persuasion: The differentiation of a motivational construct. *American Journal of Public Health* (1971), vol. 61, p. 1208–1224.

Maddux, J.E., et Rogers, R.W. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology* (1983), vol. 19, p. 469–479.

Mongeau, P. Fear-arousing persuasive messages: A meta-analysis revisited. *Présenté à la conférence annuelle de la Western States Communication Association*, Phoenix, AZ, 1991.

Rogers, R.W. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology* (1975), vol. 91, p. 93–114.

Witte, K. Fear as Motivator, Fear as Inhibitor: Using the Extended Parallel Process Model to Explain Fear Appeal Successes and Failures, dans *Handbook of Communication and Emotion: Research, Theory, Applications, and Contexts*. Academic Press, 1998.

Witte, K. Putting the fear back into fear appeals: The Extended Parallel Process Model. *Communication Monographs* (déc. 1992), vol. 59.
<http://www.msu.edu/~wittek/fearback.htm>

Witte, K., McKeon, J., Cameron, K. et Berkowitz, J. *The Risk Behaviour Diagnosis Scale (A Health Educator's Tool): Manual*. Department of Communication. Michigan State University, 1995.
<http://www.msu.edu/~wittek/rbd.htm>

Ressources supplémentaires

Page d'accueil de Kim Witte

<http://www.msu.edu/~witek/index.htm>

Centre national de documentation sur le tabac et la santé

Le Centre national de documentation sur le tabac et la santé est un programme du Conseil canadien pour le contrôle du tabac réalisé en partenariat avec la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada (SNLT). Le Centre a une structure de comité consultatif dont les membres sont des partenaires et des experts. Son mandat est d'assurer des services d'information et de réseautage concernant les programmes, projets, ressources et interventions de prévention et de réduction du tabagisme, et il donne de l'information et des références aux intervenants du domaine, aux éducateurs sanitaires, aux décideurs, aux planificateurs de programmes, aux responsables de l'affectation des ressources et aux professionnels de la santé qui s'emploient à prévenir et à réduire le tabagisme. On peut le trouver sur le Web à : <http://www.cctc.ca/nctch> ou le contacter par téléphone au (613) 567-3050.

Centre de formation et de consultation (CFC)

Le Centre de Formation et de Consultation (CFC) est un centre de ressources de la Stratégie antitabac de l'Ontario qui est financé par la Direction de la promotion de la Santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Centre offre des services de formation et de consultation afin que les collectivités de l'Ontario soient mieux en mesure de mettre en œuvre des stratégies communautaires efficaces de réduction de l'utilisation du tabac. Les aides à la formation et à la consultation sont axées sur divers sujets, notamment : mesures de soutien aux programmes en ce qui concerne la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac*, la fumée de tabac ambiante et l'élaboration de règlements, la planification stratégique, l'abandon du tabac et les étapes du changement, la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation communautaire, la sensibilisation du fumeur invétéré, l'abandon du tabac chez les adolescents, l'abandon du tabac chez les femmes et la fumée de tabac ambiante dans les foyers. Pour plus de renseignements, appeler au 1-800-363-7822 (Ontario seulement) ou contacter :

Janet Nevala, Coordonnatrice
a/s Service de la santé d'Ottawa-Carleton
495, chemin Richmond
Ottawa (Ontario) K2A 4A4
Tél. (613) 722-2242 / Fax (613) 724-4116
Courriel : nevalaja@rmoc.on.ca
<http://www.ptcc.on.ca>

The Health Communication Unit

The Health Communication Unit (THCU) est un centre de ressources subventionné par la Direction de la promotion de la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il offre gratuitement des services de formation et de consultation pour la planification, l'évaluation et l'élaboration de communications sur la santé. On peut obtenir gratuitement ses ressources (dont une partie est mentionnée dans le présent InfoDossier), notamment « *Evaluating Health Communication: Participant Workbook* » et « *Evaluating Health Promotion Programs* » en appelant au (416) 978-0522. On peut aussi télécharger ces documents sur son site Web à : <http://www.utoronto.ca/chp/hcu/>