



**HAL**  
open science

## Auto-évaluation des connaissances et élaboration défensive de l'information sur le risque : application à la lecture d'un message sur le S.I.D.A

Florence

[Http://www.Sites.Univ-Rennes2.Fr/crpcc/index.Php?rub=fiche&iduser=386](http://www.Sites.Univ-Rennes2.Fr/crpcc/index.Php?rub=fiche&iduser=386)

Terrade, Thierry Meyer

### ► To cite this version:

Florence [Http://www.Sites.Univ-Rennes2.Fr/crpcc/index.Php?rub=fiche&iduser=386](http://www.Sites.Univ-Rennes2.Fr/crpcc/index.Php?rub=fiche&iduser=386) Terrade, Thierry Meyer. Auto-évaluation des connaissances et élaboration défensive de l'information sur le risque : application à la lecture d'un message sur le S.I.D.A. Les cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2003. hal-01610010

**HAL Id: hal-01610010**

**<https://univ-rennes2.hal.science/hal-01610010>**

Submitted on 30 Jan 2018

**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.

## Auto-évaluation des connaissances et élaboration défensive de l'information sur le risque : application à la lecture d'un message sur le S.I.D.A.

Florence Terrade \* , Thierry Meyer \*

Les occasions sont nombreuses dans lesquelles nos connaissances relatives à tel ou tel risque sont mises à l'épreuve. Telle expérience personnelle, telle rencontre avec une victime, telle intervention d'un expert dans les médias nous amènent quelquefois à avoir le sentiment que nos connaissances sont valides ou au contraire partielles ou obsolètes. Comment dès lors abordons-nous de nouvelles informations sur ce risque ? Plus spécifiquement, qu'en est-il quand nos connaissances sont mises en doute et que celles-ci ont une importance particulière pour notre identité ou notre statut futur de santé ? Imaginons que je m'aperçoive que ma connaissance de la rage est finalement très approximative, basée sur quelques fragments (« transmise par des animaux », etc.) ou images stéréotypées (« Pasteur et la vaccination »). Comment vais-je aborder une information nouvelle à propos des dangers de la rage présentée dans un journal ou dans tel document sanitaire ? Qui plus est si je crois avoir quelques chances d'être personnellement exposé(e) au risque à l'occasion d'un prochain voyage ? Un déficit avéré de ses connaissances est-il suffisant pour susciter des stratégies actives de réponse à la menace ? Inversement, le fait d'être conforté(e) quant à la valeur de ses propres connaissances rend-il plus apte à prendre en compte les menaces associées à tel ou tel risque ?

L'hypothèse d'un traitement défensif d'une information menaçante pour sa propre santé a été particulièrement étayée dans le cadre des modèles qui abordent la persuasion comme la résultante de composantes cognitives (capacités cognitives) et de composantes motivationnelles (buts et efforts poursuivis, Petty, 1997 ; Wood, 2000). De fait, les démonstrations les plus fortes de cette combinaison de composantes cognitives et motivationnelles portent sur des messages relatifs au risque et spécialement à la santé (Stroebe, 2000). Face à un message relatif au risque, il se peut que nous poursuivions à la fois des buts d'exactitude (être correctement informé sur le risque) et des buts de protection de nos propres croyances sur notre santé actuelle et sur notre capacité future à nous protéger de la menace. Le fait de posséder plus ou moins de connaissances sur le risque a déjà été identifié comme un déterminant de la manière dont nous répondons à un

message sur la santé. Toutefois les processus impliqués restent encore largement à explorer. Notre attention porte ici sur une composante métacognitive : l'évaluation de ses propres connaissances sur le risque. Notre intérêt ne porte pas sur la quantité, ni même sur la qualité des connaissances que nous possédons sur le risque, mais sur la valeur subjective que nous leur accordons de manière transitoire. Autrement dit, notre intérêt porte sur l'expérience subjective de posséder ou non des connaissances. Dans un domaine du risque, ici le S.I.D.A, nous testerons si la valeur attribuée à ses propres connaissances est une condition suffisante pour observer un changement dans la manière plus ou moins auto-avantageuse dont nous élaborons les arguments d'un message relatif au risque. Notre point de départ s'appuie sur les travaux qui ont mis en évidence les stratégies défensives dans l'élaboration des contenus argumentatifs de messages sur la santé.

### TRAITEMENT MOTIVÉ DE L'INFORMATION SUR LE RISQUE ET COMMUNICATION DES RISQUES

Nous passerons rapidement en revue deux lignes de recherche qui portent sur le traitement motivé de l'information dans le domaine de la santé, et spécialement un traitement défensif des informations menaçantes. Les prédictions se basent sur le modèle de traitement heuristique systématique de l'information (Chaiken, Liberman et Eagly, 1989 ; Chen et Chaiken, 1999 ; Meyer, 2000). Ce modèle prolonge l'hypothèse d'un traitement dual de l'information, déjà avancée et étayée dans de nombreux modèles dans le champ de la persuasion et de la cognition sociale (Chaiken et Trope, 1999). Un traitement lent basé sur un examen attentif des arguments du message (traitement systématique) coexiste avec un traitement rapide basé sur des règles pré-construites (heuristiques) mobilisables sur la base d'indices présents dans le message lui-même, ou relatif à l'identité et les attributs de la source du message ou encore au contexte de la communication. Sous l'angle motivationnel, les individus poursuivent des buts multiples distingués selon la typologie inspirée des approches fonctionnelles des attitudes (Maio et Olson, 2000 ; Smith, Bruner et White, 1956).

Trois motivations fondamentales se dégagent de cette perspective selon les fonctions qu'elles servent : l'exactitude, le maintien des relations sociales et la protection du Soi. L'exactitude renvoie à une fonction

\* Psychologie sociale des comportements et cognitions, Université de Paris X, Département de Psychologie, 200, avenue de la République, 92001, Nanterre, Cedex, France  
Pour toute correspondance relative à cet article, s'adresser par courriel à <fterrade@club-internet.fr>

d'adaptation à la situation qui appelle à prendre en compte de manière fiable les caractéristiques d'une situation. La fonction sociale concerne les efforts que nous faisons pour nous conformer aux règles et normes sociales pertinentes pour un contexte donné (Wood, 2000). Enfin la protection de Soi se traduit par une préservation de ses connaissances, de ses attitudes envers un objet. Cette motivation dite « défensive » est définie comme « *le désir de maintenir des attitudes, croyances, et autres jugements qui soient congruents avec des intérêts matériels ou avec des concepts importants au regard de la définition de soi tels que l'identité de genre ou d'ethnie, les idéologies politiques ou religieuses et les attributs personnels tels que l'intelligence, l'intégrité, la sociabilité et la plénitude de la santé* » (Chaiken, Wood et Eagly, 1996 p. 711). Face à un message relatif à un risque pour sa propre santé, les individus poursuivent simultanément plusieurs buts. Par exemple, les uns relèvent de l'exactitude (être informé de manière fiable sur le risque) et les autres relèvent de stratégies de défense de son intégrité de santé. Lorsqu'un individu est motivé de façon défensive, le principal processus qui dirige ses traitements est donc un processus sélectif. Il recherche moins l'information la plus exacte que celle qui lui est la plus favorable ou la moins défavorable.

L'originalité du modèle proposé par Shelly Chaiken est d'examiner séparément les modes de traitement (composante cognitive) et les motivations. Les relations entre modes de traitement et motivations font l'objet de prédictions spécifiques (Bohner, Moskowitz et Chaiken, 1995). De ce point de vue, une même motivation peut être servie tant par des traitements heuristiques (décision basée sur une heuristique du type : « les experts ont raison ») que par des traitements systématiques (lecture attentive des arguments d'un message).

#### *Messages sur le risque : un traitement systématique et biaisé ?*

Liberman et Chaiken (1992) abordent le rôle de l'implication personnelle sur le traitement d'un message relatif à la santé sous l'hypothèse que les individus impliqués traitent l'information sous une double motivation : rechercher une information fiable et se protéger d'une menace potentielle. Des étudiantes de l'Université de New York devaient lire un texte informatif relatif à la relation entre la consommation de caféine et un trouble (fictif) de la santé (troubles « fibrocystiques »). La moitié d'entre-elles consommaient régulièrement une quantité importante de café et étaient donc personnellement impliquées par le lien possible entre leur propre comportement et le risque, alors que l'autre moitié ne consommaient pas ou peu de café et étaient donc moins impliquées. Le message était soit menaçant, soit non menaçant. Face à un message menaçant, les individus font un traitement plus systématique mais aussi plus biaisé en faveur de soi. *A contrario*, face à un message non menaçant, le traitement sera systématique (motivation à l'exactitude). L'hypothèse était que le traitement défensif de

l'information apparaîtrait lorsque les participantes seraient impliquées, que le message soit menaçant ou pas. Il ressort que le traitement biaisé de l'information n'est pas réductible à l'inattention des participantes (les individus font un effort pour lire le texte). Autrement dit c'est la manière dont les individus vont élaborer l'information dans le message qui est déterminante : le traitement est à la fois systématique et biaisé en faveur de soi. Au-delà du domaine de la santé, cette observation va dans le sens de synthèses qui montrent que les individus protègent activement leurs propres croyances. Face à un texte qui balance les arguments pro- et contre-attitudinels, cette défense se réalise tant en favorisant les arguments pro attitudinels qu'en faisant des efforts focalisés sur les arguments contre-attitudinels. Une méta-analyse récente a établi que la mémoire des arguments contre-attitudinels peut être tout aussi forte. Ces derniers sont bien mémorisés parce que les individus font des efforts pour les examiner de manière attentive (Eagly, Kulesa, Chen et Chaiken, 2000).

La recherche de Liberman et Chaiken (1992) a suscité un intérêt important du fait qu'elle montrait que les individus qui étaient le plus exposés au risque étaient justement ceux qui développaient des stratégies actives d'atténuation de la menace. La généralisation des processus postulés est cependant discutable. Le risque considéré dans le message (« troubles fibrocystiques ») présente deux caractéristiques remarquables : il est inconnu et menaçant. Les individus ne possèdent pas de connaissances disponibles sur un risque qui les menace du fait de leur propre comportement passé (consommation excessive de café). Dans cette situation d'acquisition de connaissances nouvelles, ils doivent alors raisonner par analogie avec des maladies connues. Il leur est donc difficile de mettre en œuvre des stratégies défensives basées sur leurs connaissances comme une contre-argumentation sur la portée du risque ou la dévalorisation du contenu informatif (d'autant que la source du message était fortement crédible). Du fait de ces caractéristiques particulières, le risque se place dans cette recherche sur une position extrême du point de vue des facteurs qui structurent la représentation générale des risques, laquelle est organisée par leur caractère plus ou moins menaçant et plus ou moins connu (Fischhoff et al. 1981). Il n'est donc pas assuré que les résultats soient généralisables quand les individus croient, à tort ou à raison, posséder des informations valides sur ce risque. L'absence de connaissances disponibles affecte probablement la confiance dans des connaissances susceptibles d'être mobilisées pour contre-argumenter. Enfin la manipulation de l'implication était basée sur des différences comportementales (consommation de café) qui pouvaient être confondues avec d'autres facteurs concomitants (anxiété, stress, importance de la tâche, etc.). Or l'implication dans le domaine de la persuasion peut être déclinée sous des angles divers qui présentent des conséquences fort différentes du point de vue des processus impliqués (Levin, Nichols et Johnson, 2000).

Cette recherche a été prolongée dans le sens de trouver les facteurs susceptibles de diminuer l'élaboration défensive chez les individus les plus impliqués. Récemment

Sherman, Nelson et Steele (2000) ont montré que l'élaboration défensive est atténuée quand les individus ont eu l'occasion, avant d'être exposés au message, d'exprimer leurs propres valeurs. Selon eux, le fait de valoriser le Soi atténue l'élaboration défensive du message parce que celle-ci serait principalement motivée par la menace sur le Soi. Une occasion de valoriser le Soi, même indépendante de l'exposition au message, est suffisante pour faire disparaître l'élaboration défensive.

### *Connaissances et persuasion*

Le rôle des connaissances sur le risque concerne le versant de la persuasion relatif à la capacité à traiter l'information. Les connaissances constituent un préalable non seulement à la compréhension et à la mémorisation du message comme l'ont mis en avant les modèles séquentiels de la persuasion (McGuire, 1968) ou les modèles de la psycholinguistique textuelle (Coirier, Gaona'ch, et Passerault, 1996). Elles sont aussi une pré-condition nécessaire à ce que les modèles plus récents ont placé au cœur de la persuasion à savoir la production par l'individu lui-même d'arguments et de contre-arguments en rapport avec le message (élaboration cognitive). Pour qu'une personne puisse traiter de façon systématique les informations auxquelles elle est exposée, il faut qu'elle possède des connaissances dans le domaine traité. Au-delà de la disponibilité, ces connaissances doivent être accessibles en mémoire et, de plus, pertinentes dans le contexte d'exposition au message (Higgins, 1996). Les individus possédant de nombreuses connaissances dans un domaine sont supposés plus sensibles à la qualité des arguments d'un message dans le sens que leur attitude est moins sujette à changer suite à des arguments faibles plutôt que forts (Wood, Biek et Rhodes, 1995 ; Wood, Kallgreen et Priestler, 1985).

Le principal programme de recherche qui a abordé le rôle des connaissances du point de vue des messages relatifs au risque a été initié par Biek, Wood et Chaiken (1996). Leur approche met l'accent sur les « connaissances actives » (« *working knowledge* »), c'est-à-dire celles qui peuvent être mobilisées par un individu à un moment donné. Un bon niveau de connaissances peut influencer le traitement d'informations nouvelles de deux manières. Soit ces connaissances vont entraîner un traitement défensif des nouvelles informations, et dans ce cas, l'individu visera moins la validité de son jugement que la protection de ses attitudes et jugements antérieurs. Soit, au contraire, ces connaissances vont entraîner un traitement plus objectif. Le raisonnement est alors guidé par un but d'exactitude et l'individu pose sur les nouvelles informations un regard plus critique qui se traduit par un traitement plus systématique. Selon Biek, Wood et Chaiken (1996) il serait possible de prédire quel type de traitement sera préférentiellement activé selon les situations. L'hypothèse principale de leur recherche était que les individus qui se déclaraient en faveur de la prévention du S.I.D.A. évalueraient de façon plus positive un scénario dans lequel on maximisait le risque de transmission du

virus V.I.H. A l'opposé, les individus ne se déclarant pas au départ favorables à la prévention du S.I.D.A. (prise de risques personnelle importante, négation des comportements risqués) évalueraient plus favorablement un scénario minimisant les risques de transmission du virus. Ceci devrait être encore plus flagrant, selon les auteurs, pour les individus ayant une expérience affective forte avec la maladie, comme par exemple un proche atteint du S.I.D.A. Les personnes mobilisant de nombreuses connaissances actives et n'étant pas impliquées de façon affective font un traitement plus systématique des scénarii qui leur sont proposés par rapport à celles ayant aussi un bon niveau de connaissances mais étant liées de manière affective à cette maladie. Par opposition, à niveau de connaissances égal, mais avec une implication affective forte, les individus ont tendance à traiter les informations nouvelles de manière plus heuristique.

Une limite importante de ce programme de recherche concerne la mesure même des connaissances considérées du seul point de vue d'une quantité activée à un moment donné. La procédure corrélationnelle rend difficile de savoir ce qui sépare les individus qui mobilisent peu ou pas de connaissances actives. Une telle comparaison basée sur des différences interindividuelles en termes de quantité de connaissances entraîne des confusions possibles avec d'autres facteurs associés au déficit de connaissances. En particulier, elle ne prend pas en compte le fait qu'une plus grande quantité de connaissances va de pair avec des modifications structurales dans les processus de jugement eux-mêmes. L'expertise est concomitante de l'activation de schémas de connaissances spécifiques. Par ailleurs, l'abord des connaissances sous l'angle des capacités à traiter l'information masque le fait que celles-ci sont souvent associées à des composantes plus motivationnelles. La quantité de connaissances est généralement corrélée de manière positive à la « force » des attitudes qui est un facteur essentiel de la résistance à la persuasion (Krosnick et al., 1993). Les recherches ne présentent pas un échantillonnage homogène quand on considère la quantité de connaissances. La méta-analyse proposée par Johnson et Eagly (1989) montre clairement une corrélation entre type de motivation et quantité de connaissances. D'un côté les recherches basées sur la motivation à défendre des valeurs impliquent des individus qui ont des connaissances importantes quant à l'objet d'attitude. Tandis que d'un autre côté, les recherches basées sur la motivation relative à l'anticipation de conséquences particulières (par exemple dans le domaine de la santé) n'impliquent jamais des connaissances importantes sur le domaine.

### *Auto-évaluation des connaissances et traitement défensif*

Au total, un traitement systématique biaisé dans le domaine des risques associés à la santé a été observé lorsque les individus ne possèdent pas de connaissance sur le risque. D'autre part les recherches qui ont examiné l'impact des connaissances se sont préoccupées de la quantité de connaissances. Nous travaillerons ici sous un

angle plus métacognitif : la valeur subjective attribuée aux connaissances. La confiance en ses propres connaissances peut en effet être transitoirement plus ou moins altérée par des facteurs multiples, comme nous l'avons suggéré par l'exemple introductif sur la rage. Que se passe-t-il quand les individus reçoivent un feed-back positif ou négatif sur la valeur de leurs connaissances ? Nous considérons ici la manière dont les individus élaborent l'information à propos d'un message sur le risque. Suivant l'hypothèse d'un traitement systématique et biaisé des messages sur la santé (Lieberman et Chaiken, 1992) et le développement récent et plus général sur les processus de défense des attitudes (Eagly et al. 2000 ; Sherman et al., 2000), l'impact du feed-back de connaissances est abordé tant du point de vue de l'effort pour rechercher une information fiable (motivation à l'exactitude), que de l'effort pour maintenir des croyances acceptables quant à la valeur de ses connaissances et de ses capacités de répondre à la menace (motivation défensive). Constaté que ses connaissances sont limitées est-il suffisant pour augmenter l'élaboration défensive du message ? Inversement, le fait de recevoir un feed-back positif sur la valeur de ses connaissances est-il suffisant pour faire disparaître l'élaboration défensive d'un message, à l'instar de ce que Sherman et al. (2000) ont montré dans le cas où l'on valorise le Soi ?

#### *Feed-back d'échec et de réussite : impact cognitif et motivationnel*

Un abord privilégié des processus d'autorégulation concerne le feed-back d'échec et de réussite à des questions de connaissance plus ou moins difficiles. Les participants sont d'abord exposés à un échantillon d'items soit plutôt faciles soit plutôt difficiles, puis sont interrogés sur leur confiance plus ou moins grande en leurs connaissances. La première observation est que les jugements de confiance sont globalement bien en relation avec les connaissances effectives. La seconde observation est une tendance à la surconfiance : les jugements de confiance ne sont pas affectés par les connaissances effectives autant qu'ils devraient l'être d'un point de vue normatif (Fischhoff et Lichtenstein, 1977). Une explication de la surconfiance est que les individus considèrent davantage les raisons favorables à leur jugement plutôt que les raisons défavorables (confirmation d'hypothèse ; Baron, 1994). Cette interprétation se rapproche des processus de défense active identifiés dans la persuasion. Cependant la stabilité de ces résultats est discutée quand on manipule les caractéristiques de la tâche. Gigerenzer, Hoffrage et Kleinböling (1991) proposent en particulier un modèle général qui met l'accent sur l'importance de la représentativité des items de connaissances. Nombre de recherches portent en effet sur des tests de connaissances encyclopédiques dans lesquels les items sont peu reliés entre eux. Quand les items de connaissances sont représentatifs d'un domaine particulier (plutôt que dispersés dans plusieurs domaines), le biais de surconfiance n'apparaît pas.

Dans une autre tradition de recherche, le feed-back d'échec ou de réussite est envisagé sous un angle plus motivationnel. Pour prendre le fil des recherches sur la motivation au contrôle (Pittman et d'Agostino, 1989 ; Kofka, Weary et Sedek, 1998), les individus dont les connaissances sont mises en doute font un effort orienté vers le rétablissement de la valeur de leurs connaissances. Selon le principe général de la réactance (Brehm, 1993), un échec entraîne dans un premier temps une tentative de récupérer du contrôle en mobilisant des ressources cognitives. Cet effort accru est commun avec tout feed-back d'échec. On peut donc attendre qu'un traitement plus systématique soit réservé à toute nouvelle information en rapport avec le domaine de connaissances. Sur un autre plan, la difficulté de la tâche (questionnaire basé sur des items de connaissances plus ou moins faciles) peut être abordée du point de vue de sa valeur diagnostique par rapport au Soi. Une tâche trop facile ou trop difficile est moins susceptible de menacer la valeur positive du Soi qu'une tâche de difficulté moyenne. On peut faire l'hypothèse avec Trope que c'est cette valeur diagnostique qui détermine le rapport à la tâche. De manière intéressante pour notre propos, la réussite à une tâche semble être un moyen de limiter le traitement défensif de l'information (Trope et Pomerantz, 1998).

#### *PRÉSENTATION DES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES : AUTO-ÉVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LE RISQUE*

##### *Vue d'ensemble sur la recherche*

Notre propos est d'approcher l'auto-évaluation des connaissances comme un facteur susceptible de modérer le traitement défensif de l'information. Notre opérationnalisation s'appuiera sur le niveau de difficulté des questions de connaissances dans un domaine délimité du risque (questions faciles vs. difficiles). Les individus répondent à des questions de connaissances et consécutivement auto-évaluent leur niveau de connaissances. Au total, l'ensemble des questions posées constitue un feed-back positif ou négatif sur la valeur de leurs connaissances. Nous explorons ici le rôle de l'auto-évaluation des connaissances sur l'élaboration défensive d'un message relatif à un risque. Nous faisons l'hypothèse que l'évaluation plus ou moins favorable des connaissances devrait affecter le traitement d'un message relatif à un risque.

A l'instar des recherches inaugurales de Biek, Wood et Chaiken (1996), le domaine du risque considéré sera le S.I.D.A. Les connaissances sont ici subjectivement importantes car associées à l'exposition à un risque vital (cf. Petty, Gleicher et Jarvis, 1993). Dans ce domaine, nombre d'enquêtes cherchent à apprécier de manière la plus fidèle possible les connaissances relatives au risque. Dans la première expérience, nous observerons les effets de l'exposition à des questions faciles ou difficiles sur le S.I.D.A. L'auto-évaluation des connaissances devrait alors entraîner un changement qualitatif des modes de traitement d'un message de santé présenté juste après le questionnaire de connaissances. A titre de comparaison, les

mesures porteront à la fois sur des messages relatifs au S.I.D.A. et des messages relatifs à un domaine proche : l'Hépatite B. Dans la seconde expérience, nous exposons les participants à un feed-back d'échec ou de réussite sans rapport avec le domaine du risque impliqué.

Pour les besoins de la recherche, nous avons construit un message relatif à la santé. Il est composé de telle sorte qu'il contient autant d'arguments maximisant les risques d'exposition personnelle que d'arguments les minimisant (Cf. annexe 1). Outre un intérêt opérationnel dans le domaine de la persuasion (cf. Bohner, Moskowitz et Chaiken, 1995), un tel message ambivalent est courant dans la communication des risques dans la mesure où les résultats de la recherche en santé sont encadrés par des conditions limitatives parfois contradictoires. Couramment les experts mettent l'accent sur la prévalence de la maladie pour telle ou telle catégorie d'individus, dans telle région ou telle activité, sur la fiabilité plus ou moins grande de tel nouveau traitement, etc. Cependant ce format balancé est très rarement mis en place pour étudier le traitement défensif de l'information dans le domaine de la santé. En effet, les textes utilisés dans ce cadre présentent une argumentation unilatérale qui met l'accent sur l'importance des risques (menace forte vs. faible) ou sur la qualité des arguments (arguments forts versus faibles). La principale variable dépendante sera la tâche de listage d'idées (« *thought listing task* »), mesure classique du degré d'élaboration cognitive du message dans les recherches sur la persuasion. A partir d'une question ouverte qui suit immédiatement l'exposition au message, une analyse de contenu permet de séparer les élaborations centrées sur les arguments du texte, des réponses basées sur des indices superficiels ou des indices basés sur la source. L'élaboration cognitive est sensible tant à des manipulations expérimentales de l'importance d'une tâche qu'à des différences individuelles stables (par exemple elle présente une corrélation positive avec l'échelle de besoin de cognition ; Cacioppo et al., 1996). La légitimité de cette tâche repose largement sur la démonstration de son rôle médiateur dans la persuasion (pour un exposé complet sur la tâche de listage dans le domaine de la persuasion, voir Eagly et Chaiken, 1993, p. 280-297).

### Hypothèses

L'examen de la littérature nous amène à poser une série d'hypothèses générales qui guideront la mise en place du dispositif expérimental. L'auto-évaluation des connaissances agit d'abord sous l'angle motivationnel conformément aux prédictions de Liberman et Chaiken d'un traitement systématique et biaisé. De manière générale les individus tendent à préserver leurs croyances par un examen attentif des arguments favorables et défavorables. Le déficit éprouvé de connaissances diminue l'impression subjective d'avoir des ressources pertinentes pour répondre à la menace. La menace potentielle serait donc augmentée.

H1. *Propriétés motivationnelles de l'auto-évaluation.*

Un déficit perçu de connaissances est susceptible

d'entraîner une motivation défensive accentuée telle qu'un poids accru sera donné aux arguments favorables à Soi par rapport aux arguments défavorables à Soi. Inversement, un feed-back positif (questions faciles) est susceptible d'entraîner une élaboration équilibrée des arguments menaçants et non-menaçants.

- H2. *Applicabilité.* L'hypothèse précédente s'exprimera pleinement quand le domaine de connaissances auto-évalué est le même que le domaine du risque évoqué dans le message. C'est le cas quand l'attestation du déficit de connaissances sur S.I.D.A. précède un message de prévention relatif au S.I.D.A. Cela devrait cependant persister sous une forme atténuée quand le domaine du risque évoqué dans le message présente des analogies (nous prendrons ici le cas de l'Hépatite B).
- H3. *Spécificité du feed-back d'échec ou de réussite.* Nous devons séparer les effets d'un feed-back portant sur les connaissances d'un simple feed-back d'échec ou de réussite à une tâche. On vérifiera donc que le feed-back d'échec est bien une condition suffisante pour observer un traitement plus systématique, mais pas un traitement plus défensif. Le feed-back d'échec ne met en cause les ressources (connaissances) pour répondre à la menace.
- H4. *L'implication dans la tâche.* Nous séparerons ici l'implication relative au domaine de connaissances (ici le S.I.D.A.) et une implication relative à la tâche demandée aux participants. En effet, l'auto-évaluation des connaissances intervient toujours dans un contexte doté de plus ou moins d'enjeux pour l'individu. Nous attendons donc deux effets. Le premier effet est que l'importance perçue de la tâche est suffisante pour entraîner un traitement plus systématique du message. Le second est que les individus seront plus attentifs au feed-back sur la valeur de leurs connaissances quand ils participent à une tâche importante plutôt que peu importante. L'hypothèse est ici que le rôle du feed-back sera d'autant plus accru que la tâche est importante.

### RECHERCHES EMPIRIQUES

#### Expérience 1 :

*Auto-évaluation des connaissances, importance de la tâche et domaine du risque.*

Par contraste avec la littérature sur la persuasion (cf. Biek, Wood et Chaiken, 1996), les connaissances à propos du risque sont abordées comme une variable manipulée et non uniquement observée *a posteriori*. Plus spécifiquement nous travaillerons sur la valeur subjective des connaissances. Nous considérerons par ailleurs l'importance de la tâche elle-même dans laquelle l'auto-évaluation des connaissances intervient. Enfin, du point de vue de l'élaboration défensive d'un message, il est apparu indispensable de ne pas considérer que le domaine de connaissances qui a préalablement fait l'objet d'une

auto-évaluation, l'élaboration défensive pouvant s'exprimer à propos d'autres domaines du risque.

\* *Variables indépendantes*

Nous avons manipulé la facilité/difficulté à répondre aux questions. Un questionnaire (20 questions) à des questions de connaissance sur le S.I.D.A. a été prétesté (N = 30) pour obtenir deux versions distinctes selon l'échantillonnage des questions. Dans une version « facile », la réussite s'observe pour les trois-quarts des questions, et dans une version « difficile », l'échec s'observe pour les trois-quarts des questions (cf. *Annexes 2a et 2b*). Ce qui nous intéresse ici c'est l'évaluation de sa performance par le participant lui-même. Il n'est pas question ici de tirer des conclusions sur le niveau de connaissance général dans le domaine du S.I.D.A. des individus interrogés. Le choix des questions est issu des nombreuses enquêtes épidémiologiques et psychosociologiques menées dans le domaine.

La variable « importance de la tâche » séparait des individus pour qui l'évaluation du message relatif au risque était importante de ceux pour qui elle était moins importante. Selon un procédé classique, la contribution de chaque participant était présentée comme plus ou moins importante pour la recherche. Dans la condition « tâche importante » la consigne était la suivante : « Avant de commencer, il faut que vous sachiez que vos réponses sont très importantes. En effet, pour des raisons pratiques, nous allons interroger un nombre très limité de personnes. Chacune de vos réponses contribuera donc très fortement aux résultats de la recherche ». La consigne pour la condition « tâche moins importante » était : « Avant de commencer, il faut que vous sachiez que vos réponses n'apparaîtront pas dans l'enquête. En effet, pour des raisons statistiques, elles seront intégrées parmi celles des mille deux cents personnes que nous allons interroger. Chacune de vos réponses contribuera donc très faiblement aux résultats de la recherche ».

La troisième variable indépendante concernait le contenu du message. Les participantes lisaient un texte (188 mots) ayant le format d'un extrait de journal (« *l'Eveil scientifique* »). Celui-ci se présentait comme une interview entre un journaliste et un expert « responsable adjoint de la prévention ». Le support comme la source étaient donc dotés *a priori* d'une crédibilité forte. Cette crédibilité a fait l'objet d'une évaluation par les participants sur une échelle en 7 points (avec 1 pour « pas du tout crédible » et 7 pour « tout à fait crédible »). La moyenne obtenue sur l'ensemble est 5. Nous n'avons pas de différence significative en fonction des différents groupes expérimentaux. Le texte était balancé entre six arguments mettant l'accent sur le fait que le risque est important (arguments maximisant les risques) et cinq arguments mettant l'accent sur le fait que le risque était maîtrisé (arguments minimisant les risques) (cf. Annexe 1). Le texte portait soit sur le S.I.D.A., soit sur une autre maladie : l'Hépatite B (variable « domaine du risque présenté dans le message »). Le texte était identique dans les deux cas, seule la maladie en

question changeait. L'Hépatite B présente des analogies suffisantes avec le S.I.D.A. (une maladie virale qui peut être transmise par voie sexuelle) pour que le texte paraisse plausible.

Au total, le plan expérimental 2 x 2 x 2 comprenait trois facteurs inter-sujets manipulés : difficulté du questionnaire (facile vs. difficile), importance de la tâche (importante vs. moins importante), et domaine du risque présenté dans le message (S.I.D.A. vs. Hépatite B).

\* *Variables dépendantes*

Le questionnaire de connaissances était immédiatement suivi par des questions qui mesuraient l'évaluation des performances (nombre de réponses correctes, confiance dans ses réponses, évaluation de la performance par rapport à un individu de la même classe d'âge). Une échelle de proximité du risque avait pour but d'identifier les participantes dont un proche était atteint du S.I.D.A. Notre principale variable dépendante portait sur l'élaboration cognitive du message, opérationnalisée par une tâche de listage d'idées. Immédiatement après la lecture du texte, les participantes devaient noter « Quelles sont les idées qui vous sont venues à l'esprit pendant que vous lisiez le texte ? Notez toutes ces idées mêmes si elles vous paraissent hors sujet. Ecrivez-les ci-dessous en trois lignes maximum. Notez une phrase par idée ». La tâche durait entre 1 et 5 minutes. Les réponses des participantes ont fait l'objet d'une analyse de contenu par catégories fixées. Dans un premier temps, les propositions étaient ramenées en propositions élémentaires sur une base syntaxique (Sujet - Verbe - Prédicat). Le nombre total de propositions produites constitue une première variable dépendante (P total). Les propositions ainsi élaborées étaient codées selon trois catégories selon qu'elles concernaient soit les arguments présents dans le message, soit la source du texte (l'expert), soit enfin tout autre domaine sans rapport avec le texte. Les propositions concernant les arguments du message étaient ensuite séparées selon que les arguments repris du texte maximisaient (Pmax) ou minimisaient (Pmin) les risques. Dans la mesure où toutes les propositions produites allaient dans le sens des arguments du texte, nous n'avons pas créé de catégorie pour la contre-argumentation (cf. *Tableau 1*). Ce codage a été fait en aveugle par deux codeurs (90 % d'accord entre codeurs pour le classement des propositions).

Nous avons créé un indice d'élaboration défensive. Cet indice est basé sur la différence entre le nombre de propositions concernant les arguments du texte maximisant les risques (Pmax) et le nombre de propositions basées sur les arguments du texte les minimisant (Pmin). Cette différence est rapportée au nombre total de propositions produites (P total), soit  $i = (Pmax - Pmin)/Ptotal$ . L'indice *i* sera retenu pour le traitement défensif de l'information. Un indice négatif indique un traitement biaisé en faveur de soi. Ce type d'indice est utilisé pour rendre compte de l'élaboration cognitive d'un texte (cf. *Nienhuis, Manstead et Spears, 2001*).

Tableau 1

Mesure d'élaboration cognitive : deux exemples de classement des propositions élaborées par les participants

Propositions centrées sur les arguments du texte		Propositions centrées sur la source du texte	Propositions sans relation avec les arguments du texte
Arguments maximisant le risque	Arguments minimisant le risque		
« Le nombre de nouveaux cas ne cesse d'augmenter » « Il faut augmenter la prévention »	« Les progrès faits par la médecine » « Il existe des maladies plus graves que le S.I.D.A. »	« Je pense que cette personne a raison » « M. Pierre A. est un expert »	« Me concentrer pour répondre aux questions qui me seront posées » « Je pensais au cours que j'ai après »

Le temps de lecture du texte était calculé de la remise du texte à sa restitution sur la base d'un chronométrage manuel. Cet indice est utilisé comme un indicateur du mode de traitement plus ou moins systématique. Enfin, un questionnaire post-expérimental comportait une échelle en 10 items relatifs à des jugements de valeur sur son efficacité personnelle à s'adapter correctement aux situations difficiles dans tous les domaines. Nous avons repris en français et amélioré la traduction de l'échelle d'auto-efficacité généralisée proposée par Schwarzer, Babler, Kwiatek, et Shroder (1997). Le but était d'apprécier si les effets éventuels du feed-back étaient susceptibles de changer non seulement les réponses relatives à un domaine spécifique (le S.I.D.A. ou l'Hépatite B), mais plus largement la capacité perçue à mettre en œuvre avec succès ses activités (auto-efficacité généralisée).

\* *Participants et procédure*

Les participantes (N = 86) étaient toutes étudiantes à l'Université de Paris X en premier cycle de Sciences Humaines (âge moyen = 21 ans). Nous avons éliminé de l'échantillon, dix participantes qui connaissaient quelqu'un atteint du S.I.D.A. ou de l'Hépatite B. La connaissance d'une personne présente en effet une résonance affective qui est en interaction avec les connaissances (cf. Biek, Wood et Chaiken, 1996).

Reçues individuellement dans le cadre d'une « enquête sur la santé », les participantes devaient, dans un premier temps, remplir l'une ou l'autre version du questionnaire de connaissances sur le S.I.D.A. Elles évaluaient ensuite leur performance à ce dernier. Les participantes s'attribuaient une note sur 20 (nombre d'items réussis parmi les vingt proposés), estimaient la confiance qu'elles accordaient à leurs réponses au questionnaire et situaient leur performance par rapport aux individus de leur âge. A aucun moment, l'expérimentatrice n'intervenait dans cette phase. Celle-ci était aveugle quant à la condition expérimentale affectée à chaque participante. Elle demandait ensuite de lire le message, puis présentait la consigne de listage d'idées. Les participantes répondaient enfin au questionnaire post-expérimental.

\* *Résultats*

Selon une Anova avec un facteur inter-sujet (difficulté du questionnaire), les participantes donnent en moyenne plus de bonnes réponses dans la version facile du questionnaire que dans la version difficile,  $M_s = 12.48$  et  $7.16$ ,  $F(1,79) = 171.10$ ,  $p < .0001$ . Elles répondent plus souvent « ne sait pas » lorsqu'elles sont confrontées au questionnaire difficile par comparaison avec le questionnaire facile,  $M_s = 6.99$  et  $3.44$ ,  $F(1,79) = 49.10$ ,  $p < .0001$ . La confiance des participantes dans leurs réponses est moins élevée lorsqu'elles répondent au questionnaire difficile qu'au questionnaire facile,  $M_s = 3.88$  et  $5$ ,  $F(1,79) = 23.19$ ,  $p < .0001$ . La performance que s'attribuent les participantes (note sur 20) est moins élevée lorsqu'elles répondent au questionnaire difficile plutôt qu'au questionnaire facile,  $M_s = 9.77$  et  $13.74$ ,  $F(1,79) = 42,34$ ,  $p < .0001$ . Dans le même sens, elles évaluent moins favorablement leur performance par rapport à Autrui lorsqu'elles répondent au questionnaire difficile qu'au questionnaire facile,  $M_s = 3.77$  et  $4.19$ ,  $F(1,79) = 9.68$ ,  $p < .002$ . La comparaison (facteur intra-sujet) entre les réponses données (performances réelles) et les bonnes réponses estimées (note attribuée sur 20) montre une légère surestimation significative des performances surtout quand le questionnaire de connaissances est difficile.

Comme conventionnellement pour les mesures de temps de latence, les calculs ont été réalisés sur la base d'une transformation logarithmique (les moyennes sont présentées en minutes sans transformation). Les participantes passent davantage de temps à lire le texte lorsqu'elles ont rempli au préalable le questionnaire difficile,  $M_s = 1.69$  et  $1.44$ ,  $F(1,79) = 7.48$ ,  $p < .0078$ . Une interaction est observée entre la difficulté du questionnaire, l'importance de la tâche, et le domaine du risque,  $F(1,79) = 3.78$ ,  $p < .05$ . Celle-ci est largement attribuable au fait que les participantes ayant rempli le questionnaire difficile et confrontées au texte sur l'Hépatite B passent plus de temps à lire le texte lorsque la tâche est importante plutôt que moins importante,  $M_s = 1.91$  et  $1.43$ ,  $F(1, 49) = 5.6$ ,  $p < .021$ .

Pour la tâche de listage d'idées, les analyses de variance avec trois facteurs inter-sujets (difficulté du questionnaire de connaissances, domaine du texte et enjeu de la tâche) étaient suivies de contrastes. En deçà du seuil de significativité, les participantes produisent en moyenne plus de propositions quand la tâche est importante plutôt que moins importante,  $M_s = 2.76$  et  $2$ ,  $F(1,79) = 3.15$ ,  $p < .08$ . Du point de vue du nombre de propositions basées sur les arguments du texte, la seule variable significative est l'enjeu de la tâche avec un nombre moyen de propositions plus élevé dans la condition « enjeu important » plutôt que « moins important »,  $M_s = 1.38$  et  $0.43$ ,  $F(1, 79) = 33.98$ ,  $p < .000001$ . Aucun autre effet n'apparaît pour ces variables ( $F < 1$ ).

Du point de vue de l'indice d'élaboration défensive (i), le poids relatif des arguments minimisant les risques est plus élevé quand le questionnaire est difficile plutôt que

facile,  $M_s = -0.23$  et  $0.2$ ,  $F(1,79) = 28.22$ ,  $p < .000001$ . Une interaction significative avec l'importance de la tâche,  $F(1,79) = 5.5$ ,  $p < .022$ , montre que cet effet de la difficulté est accentué quand la tâche est importante plutôt que moins importante. Lorsque la tâche est importante, les participantes ayant répondu au questionnaire facile élaborent plus de propositions maximisant les risques que si elles ont répondu au questionnaire difficile,  $F(1,79) = 31.9$ ,  $p < .00001$ . Lorsque la tâche est moins importante, les participantes ayant répondu au questionnaire facile élaborent plus de propositions maximisant les risques que si elles ont répondu au questionnaire difficile,  $F(1,39) = 4.07$ ,  $p < .047$  (cf. figure 1). Le thème du message (S.I.D.A. vs. Hépatite B) n'intervient ni en facteur principal ni en interaction avec les autres variables.

Figure 1

Moyennes de l'indice d'élaboration défensive (I)  
selon la difficulté du questionnaire de connaissances sur le S.I.D.A. et l'importance de la tâche  
(un indice négatif indique un poids plus élevé de réponses cognitives basées sur les arguments minimisant le risque)

Le score d'auto-efficacité généralisée (Alpha de Cronbach = .72) est plus élevé quand la tâche est moins importante plutôt qu'importante,  $M_s = 25.8$  et  $27.2$ ,  $F(1,79) = 4.2$ ,  $p < .044$ . Un examen attentif des interactions entre chaque facteur impliqué ( $p < .10$ ) montre que l'effet est principalement attribuable au fait que dans la condition questionnaire difficile et tâche importante, les participantes qui ont lu préalablement le texte sur le

S.I.D.A. présentent un score d'auto-efficacité plus grand quand la tâche est moins importante plutôt qu'importante,  $M_s = 29.3$  et  $23.9$ ,  $F(1,79) = 12.84$ ,  $p < .0006$ .

#### \* Discussion

Dans l'ensemble, les participantes auto-évaluent plutôt lucidement leur performance au questionnaire de

connaissances sur le S.I.D.A. Ceci même si elles surestiment quelque peu leur performance, surtout quand le questionnaire est difficile (l'écart est d'un peu plus de deux points sur vingt dans le sens de la surestimation). La difficulté des questions de connaissances et l'importance de la tâche entraînent des effets spécifiques. Du point de vue de l'effort alloué aux traitements, les participantes ont une tendance à produire plus de réponses cognitives, et davantage de réponses basées sur les arguments du texte quand la tâche est importante (la contribution de chaque individu est présentée comme importante pour l'étude plutôt que négligeable). Le traitement biaisé en faveur de soi est consécutif au feed-back de connaissances. Un déficit attesté de connaissances (questionnaire difficile) entraîne bien une élaboration de l'information contenue dans le texte plus biaisée en faveur de soi dans le sens de produire relativement plus de réponses basées sur les arguments qui, dans le texte, minimisent les risques. Quasi symétriquement, un feed-back positif entraîne des réponses qui favorisent les arguments qui attestent de l'existence du risque. L'importance de la tâche joue donc plutôt un rôle d'amplification de l'élaboration auto-avantageuse. Ces effets sont indépendants du contenu du texte à évaluer que celui-ci porte sur le S.I.D.A. ou l'Hépatite B. Les similitudes présentées par les deux maladies sont suffisamment importantes pour que le déficit de connaissances dans le domaine du S.I.D.A. ait des répercussions analogues sur l'une ou l'autre des maladies évoquées dans le message, à savoir un traitement à la fois systématique et biaisé. La différence entre les deux textes ne se manifeste pas. Toutefois la généralisation de l'effet du feed-back sur des connaissances spécifiques (le S.I.D.A.) à des capacités générales (score d'auto-efficacité générale) ne se fait qu'à propos du texte sur le S.I.D.A. et pour la condition où le feed-back est négatif et quand la tâche est importante.

#### *Expérience 2 : échec vs. réussite ?*

La recherche précédente demande à être complétée sur deux points. D'abord qu'en est-il quand les participants abordent le message sans avoir préalablement répondu à un questionnaire de connaissances sur le S.I.D.A. ? Ensuite, l'opérationnalisation de l'auto-évaluation des connaissances par l'échec ou la réussite à des questions de connaissances ne permet pas de savoir si les effets observés sont attribuables à la performance à un questionnaire spécifique sur le S.I.D.A. plutôt qu'à l'échec ou la réussite en soi. L'échec est en effet régulièrement utilisé pour manipuler de manière temporaire des facteurs comme l'estime de soi ou le contrôle perçu (Pitman et D'Agostino, 1989). Selon le principe de la réactance, les individus ayant échoué à une première tâche sont plus attentifs à une seconde tâche. Notre but est ici de tester si l'expérience d'un échec ou d'une réussite est suffisante pour entraîner une variation de l'élaboration défensive. Nous avons donc substitué à la tâche de réponse à des questions de connaissances une tâche sans rapport avec le contenu du message relatif au risque. Nos hypothèses étaient que l'échec et la réussite à une tâche sont suffisan-

tes pour moduler le traitement systématique du message. Toutefois le traitement ne présentera pas de caractère défensif. En effet si c'est bien le déficit de connaissances dans un domaine du risque qui entraîne un traitement défensif de l'information nous ne devrions pas observer de traitement défensif biaisé en faveur de soi, et ce quelle que soit la condition expérimentale.

#### *\* Procédure et plan de recherche*

La procédure est similaire à la première expérience, à l'exception de la tâche inductrice d'échec ou de réussite qui précédait la lecture du message. La tâche préalable était ici sans rapport avec le contenu informatif du message. Elle se présentait comme la résolution d'un problème issu d'un jeu de composition de figures à partir de cinq pièces en bois (jeu de « Tangram »). Il s'agissait de trouver, dans un temps limité (5 minutes), la disposition des pièces de telle sorte qu'elles reconstituent soit une figure facile (condition réussite), soit une figure difficile (condition échec : la résolution est possible mais le temps alloué ne permet pas aux participants de trouver la solution). Dans une recherche précédente, cette tâche s'est avérée suffisante pour affecter qualitativement des processus de décision dans le sens que la réussite préalable entraîne des décisions basées sur une analyse moins détaillée de l'information disponible que l'échec préalable (Delhomme et Meyer, 1998). La figure à réaliser était présentée sur un support papier et restait visible tout le temps de l'exécution de la tâche. A titre de groupe témoin, d'autres participants n'effectuaient pas de première tâche. Nous avons gardé le même texte ainsi que les mêmes variables dépendantes que lors de la première expérience, soit le listage d'idées et le temps de lecture. Notre plan expérimental 3 x 2 comprenait deux facteurs inter-sujets manipulés : tâche préalable (aucune tâche/puzzle facile/puzzle difficile) et domaine du risque évoqué dans le message (S.I.D.A. vs. Hépatite B).

#### *\* Participants*

Les participants (N = 48) étaient recrutés parmi les étudiants de l'Université de Paris X en premier cycle de Sciences Humaines. La population est majoritairement féminine. Les participants (N = 5) qui connaissaient un proche atteint du S.I.D.A. ou de l'Hépatite B ont été éliminés.

#### *\* Résultats*

Les données sont soumises à une analyse de variance 3 X 2 suivie de contrastes. Le temps de lecture change selon la tâche,  $F(2, 42) = 11.54, p < .0001$  dans le sens que la condition facile diminue le temps de lecture par rapport à la condition difficile et le groupe témoin. Parce que cet effet s'observe uniquement dans le cas où le message porte sur l'Hépatite B et pas quand il porte sur le S.I.D.A., on observe une interaction avec le domaine du message,  $F(2, 42) = 6.67, p < .005$ . En l'absence de

tâche préalable (condition témoin), le temps de lecture est significativement plus long quand le message porte sur l'Hépatite B plutôt que sur le S.I.D.A.,  $M_s = 0.82$  et  $1.42$ ,  $F(1, 42) = 10.37$ ,  $p < .0024$ . En présence d'une tâche facile, le temps de lecture est moins long quand le message porte sur l'Hépatite B plutôt que sur le S.I.D.A.,  $M_s = 0.82$  et  $1.42$ ,  $F(1, 42) = 3.43$ ,  $p < .072$ . Avec une tâche difficile, aucune différence ne s'observe quel que soit le message, respectivement  $M_s = 1.07$  et  $1.09$ ,  $F < 1$ .

Le nombre total de propositions produites suite à la consigne de listage d'idées,  $M = 2.35$ , ne change pas selon les conditions expérimentales. En ce qui concerne le nombre de propositions basées sur les arguments l'interaction entre le domaine du risque et la tâche présente un effet significatif  $F(2,42) = 3.38$ ,  $p < .04$ . Dans la condition témoin (pas de tâche), les participants font plus de propositions concernant les arguments du texte sur l'Hépatite B que celui sur le S.I.D.A.,  $M_s = 1.43$  et  $0.5$ ,  $F(1,42) = 10.47$ ,  $p < .0024$ . Inversement, en présence d'une tâche facile, les participants font, en deçà du seuil de significativité, moins de propositions basées sur les arguments quand le message porte sur l'Hépatite B plutôt que sur le S.I.D.A.,  $M_s = 0.82$  et  $1.42$ ,  $F(1,42) = 3.43$ ,  $p < .072$ . Avec une tâche difficile, aucune différence ne s'observe quel que soit le message, respectivement  $M_s = 1.42$  et  $1.22$ ,  $F < 1$ .

L'indice d'élaboration (i) défensive n'introduit aucune différence significative,  $F < 1$ . Dans l'ensemble, les participants ne s'appuient pas davantage sur les arguments du message maximisant le risque que sur les arguments minimisant le risque,  $M_s = .60$  et  $.46$ . Ni la tâche ni le domaine ne changent cette répartition. Enfin, aucun facteur n'atteint un seuil significatif pour le score à l'échelle d'auto-efficacité généralisée,  $M = 26.9$ .

La comparaison entre le nombre de propositions produites suite à un test de connaissances sur le S.I.D.A. (expérience 1) et la condition témoin de l'expérience 2 (pas de tâche préalable) montre que les participants ne produisent pas plus de propositions après le test de connaissances qu'en l'absence de tâche préalable,  $F < 1$ .

#### \* Discussion

En l'absence de tâche préalable, le message sur l'Hépatite B suscite plus de traitement systématique que le message sur le S.I.D.A. (temps de lecture plus long et élaboration cognitive plus basée sur les arguments du texte). Globalement la condition dans laquelle le message porte sur l'Hépatite B est plus sensible aux variations de la tâche dans le sens qu'il suscite une élaboration nettement moins systématique quand la tâche préalable (résolution du puzzle) est facile. Tout se passe donc comme si les participants considéraient le message sur le S.I.D.A. comme plus important. Nous ne retrouvons donc pas les résultats de la première expérience en ce qui concerne l'élaboration cognitive basée sur les arguments du texte : les arguments du texte maximisant et minimisant le risque ont un poids égal dans l'élaboration. Il s'ensuit que

le simple fait de réussir ou d'échouer à une première tâche (sans rapport avec la lecture d'un message sur un risque) n'est pas suffisant ici pour entraîner un traitement défensif des informations présentées dans le message.

#### DISCUSSION GÉNÉRALE

Nous avons investi les connaissances relatives à un domaine spécifique du risque (S.I.D.A.) quand les individus sont confrontés à leur propre réussite ou échec à un questionnaire de connaissances. La difficulté du questionnaire est une condition suffisante pour retrouver le patron classique du traitement systématique biaisé d'un message sur le risque tel qu'il est mis en évidence par Liberman et Chaiken (1992), surtout quand la tâche est présentée comme importante. Quand le questionnaire est difficile, les arguments du texte maximisant le risque font relativement moins l'objet d'élaboration cognitive que les arguments minimisant le risque. Ce type de traitement semble une réponse courante observée quand les individus sont impliqués par rapport à un risque donné. Lorsque la valeur des connaissances a été remise en cause dans un domaine de connaissances spécifiques (questionnaire de connaissances sur le S.I.D.A.), l'élaboration des informations présentées dans le message concernant ce même domaine ou un domaine connexe (Hépatite B) est clairement défensive. Inversement, quand la valeur des connaissances est confortée, les arguments qui favorisent le risque font relativement plus l'objet d'élaboration que les arguments qui minimisent le risque. L'observation selon laquelle ces effets s'appliquent tant au domaine de connaissances initialement auto-évalué qu'à un domaine analogue mais distinct (Hépatite B) atteste que l'élaboration défensive n'est pas seulement motivée par la recherche d'une consolidation de connaissances spécifiques propres à un domaine. Cet effet n'est pas, d'après la deuxième expérience, confondu avec un simple feedback de performance (expérience d'échec à une tâche sans rapport avec le domaine de connaissances). Comme attendu, l'échec à une tâche (comparé à la réussite) entraîne seulement un effort plus grand (i.e. un traitement plus systématique du message) mais pas une élaboration plus défensive dans le sens que les participants donnent proportionnellement plus d'arguments qui minimisent les risques que d'arguments qui les maximisent. Dans le même sens, l'importance de la tâche, manipulée dans la première expérience, n'entraîne pas à elle seule un traitement en faveur de soi mais seulement un traitement plus systématique.

Quel est l'apport de ces résultats du point de vue de l'élaboration défensive des arguments du message ? L'auto-évaluation des connaissances (manipulée par le niveau de difficulté à un questionnaire) entraîne un effet analogue à un facteur observé par distinction selon le degré de connaissances risque (approché en particulier par la notion de « connaissance active en mémoire »). On peut donc supposer que c'est autant cette valeur subjective des connaissances qui est à prendre en compte plutôt que la quantité de connaissances en soi. L'auto-évaluation des connaissances motive les participants à élaborer plus

ou moins défensivement le contenu du message. Nous avons ici mis l'accent sur une composante métacognitive, en ligne avec les travaux qui mettent l'accent sur le rôle de « l'expérience subjective » dans le domaine de la cognition sociale (Bless.....). Sur le plan cognitif, les effets d'une simple accessibilité accrue des connaissances du fait des réponses à des questions sur le S.I.D.A. ne semblent pas attestés. Une hypothèse plausible de nature motivationnelle est le fait que le déficit éprouvé de connaissances augmente la vulnérabilité subjective au risque alors que l'assurance de connaissances sur le risque conforte sa capacité à y faire face. On peut supposer que sous l'emprise de cette menace, les individus sont principalement motivés par la protection de la valeur positive de leur statut futur de santé (minimisation du risque) et de leurs capacités à agir dans le futur. Le feed-back négatif de connaissances atteste d'une possibilité amoindrie de reconnaître et d'agir efficacement contre la menace. Inversement, une auto-évaluation positive des connaissances favorise l'attention sur la menace dans le sens attendu par les modèles développés autour des réponses défensives dans le domaine de la santé (Conner et Norman, 1996 ; Stroebe, 2000). Un message qui met l'accent sur les ressources pour répondre à une menace est reçu de manière moins défensive qu'un message basé sur la seule menace. Une interprétation plausible de nos résultats est donc que le questionnaire facile focalise l'attention sur les ressources disponibles face à la menace. Cette interprétation est plus compatible avec nos résultats qu'une perspective qui mettrait l'accent sur la menace sur le Soi indépendamment de la nature de la menace comme le suggèrent Sherman *et al.* (2000). Le rôle de l'importance de la tâche appelle à accorder une grande attention au contexte dans lequel l'auto-évaluation des connaissances est insérée. Plus le contexte est impliquant plus l'auto-évaluation des connaissances est susceptible d'intervenir. Sur un autre plan, le niveau de connaissances initial serait aussi à prendre en compte en supposant qu'un niveau faible, et reconnu comme tel par l'individu, devrait amplifier les effets observés de l'auto-évaluation. Enfin, les différences individuelles seraient intéressantes à explorer d'autant que celles qui discriminent le plus les effets de la persuasion ont bien porté sur des rapports subjectifs à la connaissance (notion de besoin de cognition, Cacioppo *et al.*, 1996) ou encore la notion de besoin de clôture cognitive (Kruglanski, 1990). Rappelons que ce dernier est motivé par le « désir pour une connaissance fiable » (*confident knowledge*) tel que l'individu préfère « obtenir une réponse à un sujet donné, n'importe quelle réponse, par contraste avec la confusion et l'ambiguïté » (Kruglanski, 1990, p. 337). La spécificité du domaine de risque, ici le S.I.D.A., limite-t-elle la généralisation de nos résultats ? Les mêmes motifs théoriques devraient être valables dans d'autres domaines du risque dans lesquels les individus sont exposés à un feed-back de connaissances. D'autres recherches devront documenter si un domaine comme le S.I.D.A. est susceptible de générer des affects spécifiques qui pourraient partiellement rendre compte de nos résultats.

Une limite évidente de notre travail concerne l'échantillonnage qui ne permet pas la généralisation des résultats dans la mesure où dans le milieu étudiant, la sensibilité à l'évaluation des connaissances pourrait être exacerbée. De la même manière, ce type d'étude pourrait être enrichi si elle pouvait être connectée avec des études qui visent à rendre compte de la distribution sociale des connaissances et leur caractère socialement partagé (Morin, 1997).

Du point de vue de la santé publique, la recherche initiale de Liberman et Chaiken (1992) avait suscité un intérêt important du fait qu'elle montrait que les individus les plus susceptibles de bénéficier d'une campagne étaient justement ceux qui traitaient l'information de manière la plus défensive. Avec une menace forte, les messages sont rarement reçus comme concernant soi-même (Meyer et Delhomme, 2000). Si les effets observés ici s'avéraient robustes, ils ne seraient pas sans intérêt pour celles des pratiques de prévention qui sont basées entièrement ou partiellement sur une évaluation des connaissances. La pratique des tests de connaissances est en effet courante dans la prévention dans des contextes de formation. Et ceux-ci sont la plupart du temps conçus pour identifier les degrés les plus élevés de connaissances, si bien qu'ils entraînent couramment l'expérience subjective de l'échec chez ceux qui disposent de connaissances les moins assurées et chez les plus vulnérables. A suivre nos résultats, de telles pratiques pourraient engager à repousser encore plus les arguments les plus contre-attitudinels d'un message de prévention. La mise en doute de la confiance est aussi utilisée comme un argument des campagnes. Ainsi telle campagne affichée, qui n'a semble-t-il pas eu le succès escompté, était fondée sur l'expérience subjective d'un déficit de confiance : « Vous avez un doute ? S.I.D.A. INFO SERVICE... des réponses pour y voir plus clair ». (S.I.D.A. INFO SERVICE en 1999). Le fait de mettre en doute les connaissances à propos d'un risque engage un effet indésirable du point de vue de la manière dont les individus abordent des connaissances nouvelles et les messages de prévention. Le danger est ici d'autant plus grand que le déficit de la confiance touche tout à la fois l'évaluation de la menace et l'évaluation des capacités pour y faire face. C'est-à-dire deux des dimensions les plus importantes dans le domaine du risque et de la prévention. L'articulation entre recherche sur les processus telle que nous l'avons engagée ici et des pratiques de prévention semble une voie prometteuse.

#### RÉFÉRENCES \*

- BIEK, M., WOOD, W. et CHAIKEN, S. (1996) : Working knowledge, cognitive processing and attitudes: on the determinants of bias, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, p. 547-556.
- BOHNER, G., MOSKOWITZ, G. B. et CHAIKEN, S. (1995) : The interplay of heuristic and systematic processing of social information, in W. STROEBE et M. HEWSTONE (Eds.) : *European Review of Social Psychology*, Vol. 6, Chichester, Wiley, p. 33-68.
- CACIOPPO, J. T., PETTY, R. E., FEINSTEIN, J. A. et JARVIS, B. C. G. (1996) : Dispositional differences in cognitive motivation: the life and times of individuals varying in need for cognition, *Psychological Bulletin*, 119, p. 197-253.

- CHAIKEN, S., LIBERMAN A. et EAGLY, A. H. (1989) : Heuristic and systematic information processing within and beyond the persuasion context, in J. ULEMAN et J. A. BARGH (Eds.) : *Unintended Thoughts*, New York, Guilford Press, p. 212-252.
- CHAIKEN, S. et TROPE, Y. (1999) (Eds.) : *Dual-process Theories in Social Psychology*, New York, Guilford Press.
- CHAIKEN, S., WOOD, W. et EAGLY, A. H. (1996) : Principles of persuasion, in E. T. HIGGINS et A. E. KRUGLANSKI (Eds.) : *Social psychology : Handbook of basic principles*, New York, Guilford Press, p. 702-742.
- EAGLY, A. H. et CHAIKEN, S. (1993) : *The psychology of attitudes*, Fort Worth, TX, Harcourt Brace Jovanovich.
- FISCHOFF, B., SLOVIC, P. et LICHTENSTEIN, S. (1977) : Knowing with certainty: the appropriateness of extreme confidence, *Journal of Experimental Psychology: Human perception and performance*, 3, p. 552-564.
- HIGGINS, E. T. (1996) : Knowledge activation: accessibility, applicability and salience, in E. T. HIGGINS et A. E. KRUGLANSKI (Eds.) : *Social psychology: Handbook of basic principles*, New York, Guilford Press, p. 133-168.
- JOHNSON, B. T. et EAGLY, A. H. (1989) : Effects of involvement on persuasion: a meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 106, p. 290-314.
- KRUGLANSKI, R. E. (1990) : Motivations for judging and knowing: implication for causal attribution in E. T. HIGGINS et R. M. SORRENTINOR (eds): *The handbook of motivation and cognition: foundation of social behavior*, New York, Guilford, vol. 2., p. 333-368.
- LEVIN, K. D., NICHOLS, D. R. et JOHNSON, B. T. (2000) : Involvement and persuasion: attitude functions for the motivated processor, in G. R. MAIO, et J. M. OLSON: *Why we evaluate: functions of attitudes*, Mahwah, NJ., Erlbaum, p. 163-221.
- LIBERMAN, A. et CHAIKEN, S. (1992) : Defensive Processing of personally relevant health messages, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, p. 669-679.
- MAIO, G. R. et OLSON, J. M. (2000) : *Why we evaluate: functions of attitudes*, Mahwah, NJ, Erlbaum.
- MCGUIRE W. J. (1968) : Personality and attitude change : An information-processing theory, in A. G. GREENWALD, T. C. BROCK et T. M. OSTROM (Eds.) : *Psychological foundations of attitudes*, p.171-196, San Diego, CA, Academic Press.
- MEYER, T. (2000) : Le modèle de traitement heuristique-systématique de l'information : motivations multiples et régulation du jugement en cognition sociale, *L'Année Psychologique*, 100(3), p. 527-563.
- NIENHUIS, A. E., MANSTEAD, A. S. R. et SPEARS, R. (2001) : Multiple motives and persuasive communication: creative elaboration as a result of impression motivation and accuracy motivation, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, p. 118-132.
- PETTY, R. E., GLEICHER, F. H. et JARVIS, B. (1993) : Persuasion Theory and AIDS Prevention, in J. B. PRYOR et G. REEDER (Eds.) : *The social psychology of HIV infection*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, p.155-188.
- SHERMAN, D. A. K., NELSON, L. D. et STEELE, C. (2000) : Do messages about health risks threaten the self ? Increasing the acceptance of threatening health messages via self-affirmation, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, p. 1046-1058.
- STROEBE, W. (2000, 2<sup>nd</sup> ed.) : *Social Psychology and Health*, Buckingham, Open University Press.
- WOOD, W. (2000) : Attitude change: persuasion and social influence, *Annual Review of Psychology*, 51, p.539-570.
- WOOD, W., RHODES, N. et BIEK, M. (1995) : Working knowledge and attitude strength: An information processing analysis, in R. E. PETTY et J. A. KROSNICK (Ed.) : *Attitude strength: Antecedents and consequences*, Mahwah, NJ, Erlbaum, p. 283-313.

\* Une bibliographie plus complète peut être transmise sur demande à tout lecteur intéressé.

Article reçu le 30 mars 2002

Version révisée reçue le 15 décembre 2002

Accepté le 6 juin 2003

## ANNEXE 1

Texte dans la version S.I.D.A. : les passages en italique en continu marquent les arguments maximisant les risques, et passages en caractères gras marquent les arguments minimisant les risques (Le texte original ne comprenait aucun soulignement)

Journaliste : « Mr Pierre A., vous êtes responsable adjoint d'un service spécialisé dans la prévention du S.I.D.A.. Quel est votre avis sur l'évolution actuelle de cette maladie ? »

Mr Pierre A : « Je suis évidemment très attentif à cette question. ***Il existe des maladies plus graves que le S.I.D.A. De nos jours, avec les progrès de la médecine, nous avons les moyens d'enrayer l'épidémie du S.I.D.A. Cependant, il***

*faut rester très vigilant. Le constat de moi-même et mes collaborateurs est que nous devons continuer et même augmenter les campagnes de prévention à tout prix. Nous déplorons toujours de nouveaux cas de contamination au virus du S.I.D.A., mais ceux-ci ont tendance à diminuer. Bien sûr, il n'en est pas de même pour les pays pauvres. En France, les femmes sont de plus en plus touchées par cette maladie.*

*Les recherches menées dans le domaine du S.I.D.A. montrent que le virus est de plus en plus résistant. En même temps, nos connaissances le concernant sont de plus en plus importantes. Je vois ça tous les jours avec mes collègues. Nous continuons lentement de progresser. Ce travail me passionne.*

ANNEXE 2a

**QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCES**  
(version facile)

Testez vos connaissances sur le S.I.D.A.

*Ce test a pour but d'évaluer vos connaissances précises sur le S.I.D.A. \**

*Il existe une et une seule bonne réponse pour chaque affirmation.*

*Mettez une croix dans la case correspondant à votre choix : vrai, faux ou nsp (ne sait pas)*

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Le S dans le sigle S.I.D.A. signifie symptôme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 2) La chimiothérapie est utilisée pour soigner les personnes atteintes du S.I.D.A.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 3) On peut être contaminé par le virus du S.I.D.A. en ayant des rapports sexuels                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 4) Il est possible de prendre un traitement préventif juste après avoir été exposé à un risque de contamination | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 5) Etre séropositif c'est être malade du S.I.D.A.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 6) La salive est un liquide contaminant pour le V.I.H   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 7) Les femmes sont plus touchées par cette maladie que les hommes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 8) La France est le pays d'Europe où il y a le plus de personnes atteintes du S.I.D.A.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 9) On peut être contaminé par le V.I.H dans les toilettes publiques   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 10) On peut être contaminé par le virus du S.I.D.A. en échangeant une seringue usagée                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 11) On peut être contaminé par le virus du S.I.D.A. en partageant une brosse à dents                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 12) On peut être contaminé par le virus du S.I.D.A. en partageant l'usage d'un rasoir                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 13) La séropositivité est une maladie à déclaration obligatoire pour les médecins                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 14) On peut être contaminé par le virus du S.I.D.A. en utilisant les couverts d'une personne atteinte           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 15) La transmission du virus est empêchée par le préservatif  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 16) Le virus du S.I.D.A. est un virus qui résiste à l'air   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 17) Le nombre de nouvelles contaminations est de moins en moins important en France                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 18) La transmission du virus est empêchée par la pilule   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 19) Une femme enceinte peut transmettre le virus au fœtus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 20) Le virus peut se transmettre lors de l'allaitement  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | vrai                     | faux                     | nsp                      |

\* *Ce questionnaire est traité en conformité avec la loi Informatique et Libertés.  
(Pas d'identification nominale)*

## ANNEXE 2b

**QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCES**  
(version difficile)

Testes vos connaissances sur le S.I.D.A.

Ce test a pour but d'évaluer vos connaissances précises sur le S.I.D.A. \*

*Il existe une et une seule bonne réponse pour chaque affirmation.*

*Mettez une croix dans la case correspondant à votre choix : vrai, faux ou nsp (ne sait pas)*

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Le virus du S.I.D.A. est un virus qui résiste à l'air   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 2) L'Asie est le continent ayant la plus forte endémie dans le domaine du S.I.D.A.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 3) On peut faire un test de dépistage 3 semaines après avoir pris un risque                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 4) Il existe 3 tests différents pour connaître sa sérologie par rapport au virus du S.I.D.A.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 5) Le virus peut se transmettre lors de l'allaitement  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 6) La trithérapie est le traitement le plus avancé proposé à une personne séropositive                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 7) La charge virale est indiquée par le nombre de T4   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 8) Une femme enceinte peut transmettre le virus au fœtus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 9) Le nombre de nouvelles contaminations est de moins en moins important en France                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 10) La séropositivité est une maladie à déclaration obligatoire pour les médecins                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 11) L'AZT permet de diminuer le risque de contamination de la mère à l'enfant                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 12) Il est possible de prendre un traitement préventif juste après avoir été exposé à un risque de contamination | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 13) La chimiothérapie est utilisée pour soigner les personnes atteintes du S.I.D.A.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 14) On estime à 150.000 le nombre de personnes séropositives en France   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 15) Les femmes sont plus touchées par cette maladie que les hommes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 16) La France est le pays d'Europe où il y a le plus de personnes atteintes du S.I.D.A.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 17) La tuberculose est une maladie opportuniste chez les personnes V.I.H positif                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 18) La salive est un liquide contaminant pour le V.I.H   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 19) Le syndrome de KAPOSI se manifeste chez les personnes sidéennes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |
| 20) Quand il est séché, le sang est toujours contaminant   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | vrai                     | faux                     | nsp                      |

\* *Ce questionnaire est traité en conformité avec la loi Informatique et Libertés.  
(Pas d'identification nominale)*