

**Validation de la grille d'observation
du message de santé (GOMS)**

Denise Moreau

**Thèse
présentée
au**

Département d'éducation

**comme exigence partielle au grade de
philosophae doctor (Ph.D.)
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada**

Juin, 1999

© Denise Moreau, 1999



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-43572-5

Canada

RÉSUMÉ

Validation de la grille d'observation du message de santé (GOMS)

Denise Moreau, Ph.D.
Université Concordia, 1999

Cette étude méthodologique vise la validation de la grille d'observation du message de santé (GOMS). Les objectifs spécifiques sont de vérifier la consistance interne, l'homogénéité, les concepts opératoires et la fidélité inter et intra groupe du GOMS construit à partir du cadre de référence "Persuasive Health Message" de Witte (1992).

Cinq messages de santé télévisés sur le VIH/SIDA ont été utilisés auprès d'un échantillon de 110 étudiants universitaires de premier cycle en sciences santé, subdivisés en cinq groupes. Le calcul des coefficients de Cronbach et les analyses d'homogénéité selon les procédés de Guttman et de Spearman-Brown ont permis de vérifier la consistance interne de la grille GOMS et de chacune des dimensions. Les analyses factorielles en composante principale par rotation orthogonale ont permis de vérifier la validité des concepts opératoires utilisés dans la construction du GOMS: persuasion, menace et efficacité. La présentation aléatoire des messages, dans un devis plan niché (nested), a permis de vérifier par un test de MANOVA, l'effet de séquence, l'effet de groupe et l'effet du temps sur le GOMS et chacune des dimensions.

La consistance interne a fourni (au temps 1) un α de Cronbach de .70 au GOMS et de .79, .47 et .67 aux dimensions persuasion, menace et efficacité. Les analyses d'homogénéité ont généré des coefficients de l'ordre de -.45 et -.46 au GOMS démontrant ainsi que les dimensions de persuasion et les dimensions menace et efficacité sont trop différentes pour former un tout. La saturation des facteurs démontre que la dimension persuasion ne compte pas trois mais bien deux facteurs alors qu'aux dimensions menace et efficacité s'ajoute une troisième dimension (non menace). Enfin, les tests de MANOVA ont révélés que le temps et la séquence influencent significativement les réponses obtenues pour tout le GOMS et pour la dimension persuasion.

REMERCIEMENTS

L'auteur exprime sa gratitude aux personnes suivantes qui, par leur collaboration ont permis la réalisation de ce projet : Dr Steven Shaw, professeur agrégé et directeur de thèse; Dr Dennis Dicks et Dr Gary Boyd à titre de membres du comité de thèse et Louise Legault pour l'aide apportée lors des analyses statistiques. Cette reconnaissance s'adresse également au Dr Ginette Coutu-Wakulczyk qui par sa générosité et ses judicieux conseils m'a encouragé à terminer ce projet. Enfin, des remerciements sincères s'adressent à Christine Pilon et Janet Giguère pour leur aide technique mais surtout pour leur soutien et leur gentillesse. Finalement, un merci spécial à toutes les étudiantes et étudiants qui ont accepté de participer à cette étude.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	xii
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
1.1 Contexte de l'étude	1
1.1.1 Promotion de la santé	2
1.1.2 Stratégie de communication	3
1.2 Énoncé du problème	4
1.3 But de l'étude	7
1.4 Objectifs spécifiques	7
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	8
2.1 Efficacité des campagnes de santé	8
2.2 Conditions d'efficacité des messages de santé	10
2.2.1 Connaissance approfondie du public cible	10
2.2.2 Forme et contenu du message de santé	12
2.3 Cadre conceptuel de Witte (1992) Persuasive Health Message (PHM) ..	16
2.4 Aspects relatifs à la validation	20
2.4.1 Aspects de fidélité	21
2.4.2 Aspects de validité	23
2.5 Hypothèses de recherche	24

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	25
3.1 Type d'étude et devis	25
3.2 Milieu, population et échantillon	26
3.2.1 Critères d'éligibilité	27
3.2.2 Taille de l'échantillon	27
3.2.3 Formation des groupes	28
3.3 Définition opératoire des variables	28
3.3.1 Facteurs constants	28
3.3.2 Facteurs changeants	29
3.3.3 Messages de santé télévisés	29
3.4 Choix des messages de santé télévisés	29
3.5 Description des messages de santé télévisés	30
3.6 Description de l'instrument de recherche	37
3.6.1 Questionnaire sur les données socio-démographiques (Section A)	37
3.6.2 Questionnaire sur les connaissances relatives au VIH et au SIDA (Section B)	38
3.6.3 Grille d'observation du message de santé (GOMS) (Section C) .	38
3.6.4 Validité de contenu	39
3.6.5 Pré-test de l'instrument de recherche	39
3.7 Déroulement de l'étude	40
3.7.1 Démarches préliminaires	40
3.7.2 Collecte des données	41

3.7.3	Tableau synthèse du déroulement de la collecte des données . . .	42
3.8	Plan des analyses	43
3.8.1	Analyses descriptives	43
3.8.2	Analyses de validation	43
3.9	Considérations éthiques	44
4.0	Limites de l'étude	45
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS		47
4.1	Analyses descriptives	47
4.1.1	Profil socio-démographique	47
4.1.2	Niveau des connaissances relatives au VIH et au SIDA	55
4.1.3	Scores moyens obtenus pour chaque dimension du GOMS.. . . .	60
4.2	Analyses de validation	66
4.2.1	Analyse des items	66
4.2.2	Consistance interne du GOMS et de chacune des dimensions . . .	68
4.2.3	Validité des concepts opérationnels et de la structure interne du GOMS	74
4.2.4	Fidélité inter et intra groupe du GOMS et de chacune des dimensions	91
CHAPITRE 5 : DISCUSSION		98
5.1	Discussion des résultats obtenus aux analyses descriptives	98
5.2	Discussion des résultats obtenus aux analyses de validation du GOMS	102
5.2.1.	Validité de contenu	102

5.2.2.	Validité des concepts opérationnels et de la structure interne du GOMS	105
5.2.3.	Fidélité inter et intra-groupe du GOMS et de chacune des dimensions	108
5.3	Contribution originale de cette étude	110
CONCLUSION		111
RÉFÉRENCES		114
ANNEXES		
	ANNEXE A: Résumé de l'évaluation des principales campagnes de santé ...	125
	ANNEXE B: Répartition des fréquences relatives aux items du GOMS	144
	ANNEXE C: Matrices de corrélation pour chacune des dimensions du GOMS	157
	ANNEXE D: Instrument de recherche	164
	ANNEXE E: Lettre d'autorisation du comité de Déontologie de l'Université d'Ottawa	171
	ANNEXE F: Lettre d'information aux participants	173
	ANNEXE G : Formulaire de consentement	176
	ANNEXE H : Analyses préliminaires	179

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau</u>	<u>Titre</u>	<u>Page</u>
Tableau 1	Répartition des répondants selon l'âge, le sexe, la langue, l'ethnie, le nombre d'années universitaires et l'état civil.	49
Tableau 2	Répartition des répondants selon les différentes personnes vivant sous le même toit que le répondant.	50
Tableau 3	Répartition des répondants selon le nombre de partenaires et le nombre de partenaires sexuels.	51
Tableau 4	Répartition des répondants selon leur média favori par ordre de popularité.	52
Tableau 5	Répartition des moyennes et écarts-types de l'âge des répondants selon le groupe.	54
Tableau 6	Répartition des sujets pour chacun des groupes, selon l'âge, le sexe et l'activité sexuelle.	55
Tableau 7	Répartition des scores moyens obtenus pour chacun des groupes pour l'échelle des connaissances relatives au VIH et au SIDA.	56
Tableau 8	Répartition des fréquences relatives des réponses aux items de l'échelle des connaissances selon le groupe.	58
Tableau 9	Répartition des sujets selon le visionnement préalable de chacun des messages présentés et selon le groupe.	61
Tableau 10	Répartition des scores moyens obtenus pour la dimension persuasion du GOMS selon le groupe et selon la séquence de présentation du message.	62
Tableau 11	Répartition des scores moyens obtenus pour la dimension menace du GOMS selon le groupe et selon la séquence de présentation du message.	64
Tableau 12	Répartition des scores moyens obtenus pour la dimension efficacité du GOMS selon le groupe et selon la séquence de présentation du message.	65
Tableau 13	Analyses de consistance interne et d'homogénéité du GOMS (T1).	69

<u>Tableau</u>	<u>Titre</u>	<u>Page</u>
Tableau 14	Analyses de consistance interne et d'homogénéité de la dimension persuasion du GOMS et de chacune des sous dimensions (T 1).	69
Tableau 15	Analyses de consistance interne et d'homogénéité des dimensions menace et efficacité du GOMS (T 1).	70
Tableau 16	Analyses de consistance interne et d'homogénéité du GOMS (T 4).	70
Tableau 17	Analyses de consistance interne et d'homogénéité de la dimension persuasion du GOMS et de chacune des sous dimensions (T 4).	71
Tableau 18	Analyses de consistance interne et d'homogénéité des dimensions menace et efficacité du GOMS (T 4).	71
Tableau 19	Analyse factorielle en composante principale pour la dimension persuasion du GOMS (T 1).	78
Tableau 20	Analyse factorielle en composante principale pour la dimension persuasion du GOMS (T 4).	78
Tableau 21	Analyse factorielle en composante principale pour les dimensions menace et efficacité du GOMS (T 1).	79
Tableau 22	Analyse factorielle en composante principale pour les dimensions menace et efficacité du GOMS (T 4).	79
Tableau 23	Répartition des 21 items de la dimension persuasion du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale en imposant 3 facteurs (T 1).	83
Tableau 24	Répartition des 21 items de la dimension persuasion du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale en imposant 3 facteurs (T 4).	84
Tableau 25	Répartition des 19 items des dimensions menace et efficacité du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale en imposant 2 facteurs (T 1).	85
Tableau 26	Répartition des 19 items des dimensions menace et efficacité du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale en imposant 2 facteurs (T 4).	86

Tableau 27	Répartition des 21 items de la dimension persuasion du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire (T 1).	87
Tableau 28	Répartition des 21 items de la dimension persuasion du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire (T 4).	88
Tableau 29	Répartition des 19 items des dimensions menace et efficacité du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire (T 1).	89
Tableau 30	Répartition des 19 items des dimensions menace et efficacité du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire (T 4).	90
Tableau 31	Résultats de l'analyse de variance multivariée pour le GOMS.	93
Tableau 32	Résultats de l'analyse de variance multivariée pour la dimension persuasion.	94
Tableau 33	Résultats de l'analyse de variance multivariée pour la dimension menace.	95
Tableau 34	Résultats de l'analyse de variance multivariée pour la dimension efficacité.	96

LISTE DES FIGURES

<u>Figure</u>	<u>Titre</u>	<u>Page</u>
Figure 2.1	Cadre conceptuel de Witte (1992).	15

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

1.1 Contexte de l'étude

La vitesse et l'éventail du développement technologique et son influence dans les différents domaines de la santé caractérisent le vingtième siècle. En effet, il y a plus d'un siècle à peine, tous les efforts socio-sanitaires visaient à contrer la maladie, le plus souvent à lutter contre les épidémies. C'était l'époque de la "maladie sociale". Les découvertes de Pasteur au siècle dernier et la révolution bactériologique qui s'en suivit ont individualisé la maladie et le diagnostic, générant ainsi le statut de malade. Ce fut la période de la "maladie individualisée". Avec les années 70, un premier grand changement s'opère. Pendant que se dessinent à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'articulation des principes de la "Santé pour tous en l'an 2000" et des Soins de la santé primaires, au Canada, la publication en 1974 du document "Nouvelles perspectives de la santé des canadiens" provoquent une prise de conscience nationale. Les styles de vie de l'individu et les déterminants de la santé peuvent influencer la santé au même titre que l'agent infectieux et l'environnement.

Une prise en charge personnelle de sa santé devient le nouveau rituel et le credo sur lequel les services de la santé publique et communautaire s'organisent. Ce nouveau modèle fournit de prime abord de bons résultats; le nombre de fumeurs a considérablement diminué, passant de 50% à 32% entre 1965 et 1989 (Stephens, 1992). Les gens s'alimentent mieux et font plus d'exercice. Toutefois, en individualisant la santé, certains facteurs, parfois plus déterminants sur l'état de santé que ne le sont les habitudes de vie, ont été négligés. Des exemples de ces facteurs sont la pauvreté, l'inégalité des sexes, le racisme, les risques professionnels et la dégradation de l'environnement. De plus, il faut prendre en compte que

la santé individualisée n'est pas accessible à tous, non seulement en raison des conditions sociales, mais aussi pour des raisons génétiques, économiques, politiques et religieuses.

Avec les années 80, le concept de santé se raffine et se transforme à nouveau pour englober désormais la réduction des inégalités sociales, d'équité, de conditions socio-sanitaires nécessaires à la santé telles que le logement, l'environnement sain, etc... Bref, c'est l'entrée dans l'ère de la "santé sociale". Au Canada, la santé pour tous définie par l'OMS a été opérationnalisée dans le document canadien Santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé (Epp, 1986). Ce document suggère trois grandes stratégies d'action dont favoriser la participation du public, améliorer les services de santé communautaire et promouvoir les actions intersectorielles, notamment dans l'élaboration de politiques. Trois défis sont posés au système de santé, nommément la prévention, la réduction des inégalités, la diminution de l'invalidité et des maladies chroniques. Les mécanismes qui devraient permettre de relever ces défis se regroupent sous les thèmes de l'entraide, l'encouragement des initiatives personnelles et l'évolution vers un environnement sain. Ainsi, après l'analyse de cet ensemble, certaines tendances se distinguent et poussent à s'engager vers la promotion de la santé.

1.1.1 Promotion de la santé

Le concept de promotion de la santé a été défini de plusieurs façons. La définition de Green et Kreuter (1991) est probablement la plus complète et consiste en une combinaison de mécanismes de soutien de nature éducationnelle et environnementale, ainsi qu'à des habitudes et des conditions de vie favorables à la santé. L'Ontario endosse la définition de l'expression "promotion de la santé" de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon l'OMS (1984), la promotion de la santé vise à rendre l'individu et la collectivité capables

d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, à améliorer leur santé. La promotion de la santé représente une stratégie de médiation permanente entre les gens et leur environnement alliant choix personnel et responsabilité sociale. En ce sens, l'intervention en promotion de la santé s'oriente autour de deux axes: 1) les décisions personnelles de l'individu liées aux modes de vie, et 2) les décisions collectives ayant trait à l'environnement. Au plan personnel, l'intervention consiste à suggérer à l'individu l'apprentissage de modes de vie sains, alors qu'au plan collectif, la visée est de permettre aux groupes et aux communautés d'aménager un environnement favorable et, plus largement de favoriser l'inscription de la santé dans les politiques sociales.

En promotion de la santé, différentes stratégies s'offrent à l'intervenant dont l'éducation pour la santé, la communication, le marketing social, le développement communautaire, l'action politique en santé et le changement organisationnel (Anctil, 1988; Bouchard et Renaud, 1991). Dans le contexte de cette étude, la perspective d'analyse s'attarde particulièrement à la stratégie de communication.

1.1.2 Stratégie de communication

La stratégie de communication en promotion de la santé origine de deux sources. D'une part, cette stratégie peut-être générée par les intervenants de la santé et d'autre part, elle peut être initiée par un groupe de personnes concernées par l'importance de sensibiliser le public et les décideurs à ses besoins en tant que groupe.

Cette stratégie consiste à formuler et à transmettre un message de santé à un public cible pour le convaincre d'améliorer sa santé en changeant certains de ses comportements. Elle s'appuie principalement sur la théorie de la communication et s'exerce à l'aide de divers canaux ou médias tels la télévision, la radio, l'ordinateur, les magazines, les journaux, les

brochures, les dépliants ou autres, en utilisant différentes techniques d'information comme la publicité, les relations publiques, les activités communautaires et les documents (Anctil, 1988).

Concrètement, la stratégie de communication consiste à transmettre un message codé par un émetteur (intervenants de la santé ou groupe de personnes avec des besoins) pour un récepteur (un public cible) en utilisant les éléments de base de la communication (qui, dit quoi, par quel canal, à qui, avec quels effets) selon un plan préalablement établi. Le plan de communication consiste à déterminer le ou les objectifs de communication en fonction des besoins du public cible identifié, puis à décider de la forme et du contenu du message et enfin à choisir le canal d'information approprié (Anctil, 1988).

Divers moyens sont utilisés comme stratégies de communication allant de simples activités locales à des campagnes nationales de grande envergure. Une variété de termes sont utilisés dans la littérature pour décrire ces stratégies tels que activités communautaires, programmes de santé et campagnes de sensibilisation. Toutefois, indépendamment des termes utilisés, la présente étude s'intéresse particulièrement aux campagnes de santé.

1.2 Énoncé du problème

Plusieurs auteurs, comme Rimer et Glassman (1984), soutiennent que l'efficacité d'une campagne dépend, en grande partie, de l'efficacité des messages. Le but ultime du message de santé est d'informer et surtout de motiver le ou les individus à changer de comportement (Calvert et al, 1991; Freimuth, 1990). Dans ce sens, informer est relativement facile, toutefois motiver est plus difficile. Les messages parviennent probablement à informer le public puisque depuis vingt ans, la santé n'a jamais été aussi présente dans les préoccupations et les discussions (Bouchard et Renaud, 1991). De nos jours, les gens sont

bien informés mais l'information à elle seule semble insuffisante pour entraîner la modification d'une attitude ou le changement de comportement. À titre d'exemple, les fumeurs connaissent les méfaits du tabac mais plusieurs ne cessent pas pour autant de fumer. L'acquisition de connaissances est la première étape du processus vers le changement de comportements. En effet, les personnes visées doivent d'abord sentir que l'information s'adresse à elles avant d'être motivées à changer de comportement.

Or, dans la réalité, le public reçoit l'information mais ne se sent pas toujours concerné par celle-ci, soit parce qu'il possède déjà ces connaissances, soit parce que le message ne le rejoint pas dans son vécu. Maibach et Parrott (1995) s'entendent pour dire que les messages de santé ne rejoignent pas le public visé parce qu'ils sont souvent inappropriés et insensibles aux besoins du public cible. Alors que pour Calvert et al (1991) et Flynn et al (1992), c'est principalement en raison d'une connaissance insuffisante ou d'une méconnaissance du public à rejoindre. En somme, ces raisons sont valables et indissociables. Les principaux experts en communication de la santé soutiennent que depuis les dernières décennies, la conception d'un message de santé est un processus centré sur l'auditoire, c'est-à-dire conçu pour répondre aux besoins spécifiques du public visé (Maibach et Parrott, 1995). La spécificité du message dirigé vers un groupe cible plutôt que vers un auditoire général et diffus représente la recommandation la plus constante au plan de l'efficacité des messages de santé (Solomon, 1989).

À ce jour, aucune théorie ou modèle ne fait l'unanimité parmi les théoriciens et les praticiens pour concevoir des messages de santé spécifiques. Au plan de la conception, outre la connaissance approfondie du public cible, Maibach et Parrott (1995) croient que la conception d'un message de santé efficace nécessite l'utilisation de théories du

comportement humain et de la communication. En dépit des différentes théories disponibles de nombreux praticiens considèrent ces théories difficilement applicables dans la conception de messages de santé. Plusieurs théories et ou modèles ont été utilisés dans la planification et la réalisation de campagnes de santé comme la théorie d'apprentissage social de Bandura (1977); la théorie sur l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975); les modèles de persuasion de McGuire (1981) et de Petty et Cacioppo (1986) pour n'en nommer que quelques uns (Flay et Burton, 1990).

Peu d'efforts ont été consacré à créer un modèle pratique et facile à utiliser par les praticiens pour la conception de messages de santé efficaces. Plusieurs auteurs croient qu'un mélange de différentes approches théoriques pourraient faire l'objet d'un modèle ou d'un cadre théorique (Backer et al, 1992). En proposant le cadre théorique Persuasive Health Message (PHM), Witte (1992) présente un cadre pouvant servir de guide aux praticiens dans le développement de messages de santé efficaces. Ce cadre rassemble les principales conditions d'efficacité des messages de santé, découlant de l'expérience acquise avec les campagnes de santé. Ces connaissances sont organisées dans un cadre théorique qui rassemble deux théories du comportement humain et modèle de persuasion; la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975); la théorie de Rogers (1983) et le modèle de Petty et Cacioppo (1986) .

Les deux principales composantes du cadre conceptuel de Witte (1992) sont les facteurs constants et les facteurs changeants. Les facteurs constants correspondent aux éléments essentiels à considérer dans la conception du message, alors que les facteurs changeants sont les éléments qui varient en fonction du message à transmettre et de la population à rejoindre. Dans ce cadre, les facteurs changeants fournissent l'information

nécessaire à l'alimentation des facteurs constants pour concevoir un message de santé persuasif.

De nombreux experts en communication de la santé s'entendent sur les conditions d'efficacité d'un message de santé. Cependant, peu de ces conditions ont été vérifiées auprès d'un public cible. L'opérationnalisation du cadre conceptuel de Witte (1992) permettrait de rendre observables et mesurables les conditions d'efficacité du message, identifiées par les experts. En outre, par cet exercice, les facteurs constants et changeants du cadre conceptuel de Witte (1992) seraient vérifiés au plan des conditions d'efficacité identifiées par les experts et celles correspondant aux conditions jugées efficaces par le public. La validation de la grille opérationnalisée du cadre de Witte (1992) pourrait éventuellement permettre une utilisation concrète de ses composantes dans la conception de messages de santé efficaces.

1.3 But de l'étude

La présente étude vise à valider la Grille d'observation d'un message de santé (GOMS), opérationnalisée selon le cadre conceptuel de Witte (1992), à partir de différents messages de santé télévisés sur le sida auprès d'une population de jeunes adultes.

1.4 Objectifs spécifiques

Les objectifs poursuivis dans cette étude sont de:

1. Calculer le coefficient de consistance interne pour la grille GOMS et pour chacune des dimensions.
2. Vérifier la validité des concepts de la grille GOMS par l'analyse de sa structure opératoire.
3. Vérifier la fidélité inter et intra groupe sur la grille GOMS et sur chacune des dimensions.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits pertinents aux différents aspects de l'exposé problématique traite des thèmes suivants: 1) l'efficacité des campagnes de santé; 2) les conditions d'efficacité des messages de santé; 3) le cadre conceptuel de Witte (1992) Persuasive Health Message (PHM); et 4) les aspects relatifs à la validation. Les hypothèses de travail à être vérifiées sont formulées à la fin de ce chapitre.

2.1 Efficacité des campagnes de santé

Depuis les 25 dernières années, plusieurs campagnes de santé ont été réalisées au plan national et international dans différents domaines dont les maladies cardio-vasculaires, le tabagisme, le cancer, l'alcool et les drogues, le sida, la sécurité au volant, la conduite en état d'ébriété et le style de vie. Flay et Burton (1990) définissent la campagne d'éducation pour la santé comme étant une série d'activités de communication intégrée, ayant en commun le même message à transmettre, tout en empruntant de multiples voies et opérations dans un but précis et à long terme de rejoindre une large population ou un vaste auditoire.

La plupart des campagnes de santé s'appuyaient sur le postulat selon lequel la propension à adopter un comportement sain ou malsain est une caractéristique inhérente à l'individu et, de façon générale, tous les gens raisonnables ont tendance à opter pour le comportement sain à la condition de recevoir suffisamment d'information pour fonder leur choix (Anctil, 1988). Or, à ce jour, l'évaluation des campagnes de santé ne permet pas de conclure à un lien direct entre la communication d'information sur la santé et la modification du comportement en matière de santé.

Parmi les nombreuses campagnes de santé qui ont été effectuées, seules quelques unes ont été publiquement présentées et soumises à une évaluation systématique. La plupart sont décrites dans des rapports internes généralement non disponibles au public, et certaines ne sont même pas documentées (Flay et al, 1980). Plusieurs évaluations se sont révélées non valides en raison de problèmes méthodologiques, techniques, administratifs et politiques (Flay et al, 1980; Brown et al, 1990).

Cependant, parmi les évaluations réussies au plan national et international, plusieurs campagnes ont démontré un véritable changement de comportement. Toutefois, ce succès demeure limité, compte tenu de la quantité de changements de comportements obtenus (Budd et McCron, 1981). À cet effet, un résumé de l'évaluation des principales campagnes de santé est présenté à l'annexe A.

Les campagnes de santé qui ont eu un certain succès ne prétendent pas avoir, à elles seules, amener un changement de comportement et encore moins de l'avoir maintenu (Flay et al, 1980; Green et McAlister, 1984; Pierce et al, 1986). Le soutien de la communauté et de l'environnement sont complémentaires et semblent essentiels à l'effet obtenu des campagnes. Telle est la conclusion à laquelle en arrivent plusieurs auteurs (Booth et al, 1992; Flynn et al 1992; Bauman et al, 1991; Glanz et Mullis, 1988; McLeroy et al, 1988). Cependant, d'aucuns douteront de l'efficacité des campagnes à provoquer une réponse émotive immédiate, à créer un climat d'opinions et de réflexion, à élever le niveau de conscience des gens à propos de leur santé, à renforcer les valeurs et croyances déjà existantes, et enfin, à augmenter le niveau de connaissances en santé (Ewles et Simnett, 1985). En présentant des messages démontrant des modèles de comportements désirés et appropriés, les campagnes incitent ainsi les gens à adopter ces comportements.

L'évaluation des différentes campagnes de santé a permis d'identifier certaines conditions considérées aujourd'hui comme nécessaires à leur efficacité. Ces deux conditions s'appliquent à toutes les stratégies de communication et se résument à: bien cibler la population à qui s'adresse le message et concevoir un message spécifique à cette population cible (Flay et al, 1980; Flynn et al, 1992; Freimuth, 1988; Flora et Maibach, 1989; Lefebvre, 1988).

2.2 Conditions d'efficacité des messages de santé

À titre de définition, le message est un ensemble organisé de signes, produit dans le but de modifier le comportement psychomoteur, cognitif et affectif d'une ou plusieurs personnes (Fleming et Levie, 1993). Deux éléments composent le message; il s'agit de la forme et du contenu. Par définition, la forme réfère surtout à la présentation du message, alors que le contenu se rapporte aux arguments utilisés.

À ce jour, les messages de santé dans le cadre des campagnes ont surtout permis de sensibiliser et d'informer les gens, mais pour être vraiment efficace le message doit entraîner l'adoption du comportement proposé (Calvert et al, 1991; Freimuth, 1990). Certaines conditions sont considérées aujourd'hui par la plupart des experts comme nécessaires à l'efficacité des messages. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'un message de santé doit non seulement être informatif et persuasif mais aussi et surtout, spécifique (Maibach et Parrott, 1995). Un message spécifique est un message dont la forme et le contenu sont spécialement adaptés aux besoins du public visé, ce qui exige une très bonne connaissance de ce public.

2.2.1 Connaissance approfondie du public cible

La conception d'un message de santé spécifique nécessite, selon les experts, une

connaissance approfondie du public cible en regard du problème de santé d'intérêt.

Différentes stratégies sont utilisées pour connaître le public cible. En effet, selon Maibach et Parrott (1995) tout comme Slater (1995), les stratégies les plus efficaces sont celles qui utilisent systématiquement la recherche pour identifier les caractéristiques du public concerné par le problème de santé. À ce titre, Nowak et Siska (1995) rapportent l'expérience de la campagne ARTA (America Responds to AIDS) du NAIEP (National AIDS Information and Education Program) lancée en 1987 par le CDC (Centers for Disease Control and prevention). Cette campagne souligne l'importance d'une évaluation des effets de la campagne (message) chez l'auditoire à chaque étape et pendant toute la durée de la campagne. L'expérience de la campagne ARTA a démontré qu'une telle évaluation entreprise à chaque étape majeure de la campagne donne des résultats supérieurs aux types d'évaluation (formative et sommative) généralement entreprises. Cette approche exige cependant, beaucoup de temps et d'argent.

L'approche la plus utilisée actuellement, consiste à entreprendre en pré-campagne, une recension des caractéristiques de la population à rejoindre, en utilisant différentes méthodes de collecte des données tels les recensements, les dossiers d'établissements, et tout autres documents publics. Dans certains cas, d'autres méthodes peuvent être utilisées comme les enquêtes, les entrevues d'experts et de groupes d'intérêts (Lefebvre et Flora, 1988; Slater, 1995). Lefebvre et al (1995) suggèrent d'utiliser des banques de données relatives aux consommateurs dans le domaine du marketing et de les adapter aux besoins dans le domaine de la santé. Le développement des différentes banques de données est en pleine expansion dans le domaine du marketing. Il sera bientôt possible, d'obtenir à peu de frais, certaines de ces banques reliées les unes aux autres, pouvant fournir presque n'importe

quel type d'information relatives à des groupes particuliers de consommateurs.

L'étape suivante se rapporte à la segmentation (Grunig, 1989) qui consiste à diviser les populations hétérogènes identifiées, en plusieurs segments dont chacun est homogène sous tous les aspects importants pour son sous-groupe. La méthode de segmentation la plus courante consiste à déterminer les groupes cibles en fonction de certaines caractéristiques démographiques telles l'âge, le sexe, le revenu, le niveau de scolarité, la profession, la religion, la nationalité, l'origine ethnique et le segment géographique.

Par ailleurs, d'autres recherches ont montré que les variables psychologiques constituent également une base valable pour la segmentation. L'utilisation des caractéristiques et des facteurs psychologiques pour segmenter le marché est connue sous le nom de psychographie. Deux des méthodes de segmentation psychographique les plus connues sont le VALS (acronyme pour valeurs et style de vie) et le LOV (liste de valeurs) (Novak et MacEvoy, 1990; Grunig, 1989; Winston, 1984). Toutefois, aujourd'hui, plusieurs chercheurs affirment que les caractéristiques psychographiques ne correspondent plus seulement aux valeurs et aux styles de vie, mais aussi aux émotions engendrées par un produit de consommation ou une préoccupation de santé (Piiro, 1990). En somme, la segmentation vise à regrouper dans un même segment les individus qui partagent une similitude au niveau des déterminants démographiques et psychographiques du comportement de santé et qui peuvent être rejoints par les mêmes moyens de communication, dans le but de développer, d'adresser et d'évaluer un message de santé spécifique à ce segment.

2.2.2 Forme et contenu du message de santé

Plusieurs recommandations ont été formulées au niveau de la forme et du contenu du

message de santé pour en améliorer l'efficacité. Au niveau de la forme, le message doit être court et direct (Baggaley et al, 1988; Calvert et al, 1991). Il doit être formulé de façon positive, dans un langage simple, approprié et culturellement sensible au groupe cible (Backer et al, 1992; Monahan, 1995). C'est généralement le niveau de scolarité et les intérêts du groupe cible qui orientent la formulation du message. Le message doit attirer l'attention du public cible. Pour ce faire, certains auteurs recommandent de présenter le message dans un contexte de divertissement et d'utiliser des témoignages de personnes ayant les mêmes traits caractéristiques que le groupe cible, des personnages de bandes dessinées ou encore des acteurs possédant les caractéristiques qui ont la faveur du public cible (Freimuth et al, 1990; Backer et al, 1992; Bauman et al, 1991).

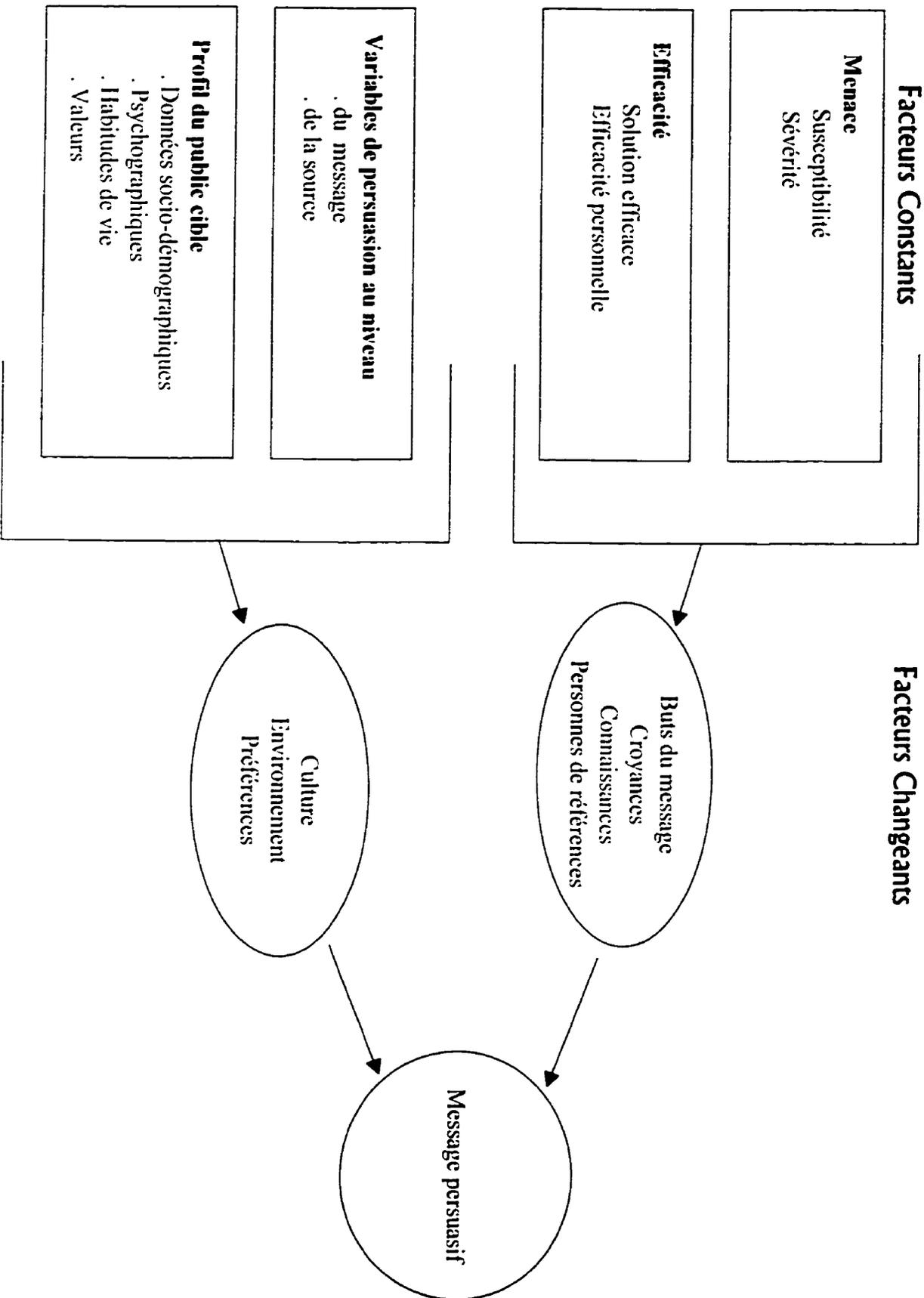
Freimuth et al (1990) croient surtout à l'utilisation d'approches faisant appel aux émotions plutôt qu'au rationnel. Toutefois, Baggaley (1988) et Backer et al (1992) encouragent l'utilisation d'attraits émotifs tels que : la peur, l'humour, la musique, le récit, le drame, etc... L'humour est généralement bien reçu du public (Baggaley, 1988). La peur peut être efficace, si une solution est proposée au problème pour diminuer l'anxiété (Backer et al, 1992; Bratic Arkin, 1992; Monohan, 1995). De plus, le message doit être répété souvent, de différentes façons et être d'une plus longue durée pour soulever l'attention et augmenter l'apprentissage (Maibach et Parrott, 1995; Backer et al, 1992; Flay et Burton, 1990). La présentation physique du message doit être d'une grande qualité (Bauman et al, 1991; Rimer et Glassman, 1984; Flay et Burton, 1990; Backer et al, 1992). Le choix des médias est très important, il faut tenir compte des préférences du public et des capacités du média à transformer et à transmettre l'information désirée (Maibach et Parrott, 1995; Backer et al, 1992). Parmi l'ensemble des médias utilisés, la télévision semble supérieure aux

autres, sauf les messages dédiés aux adolescents qui préfèrent généralement la radio (Atkin et Arkin, 1990; Flay et Burton, 1990).

Au niveau du contenu, le message peut être à la fois informatif et persuasif. L'aspect informatif doit fournir avec clarté des connaissances pertinentes au groupe cible. Le contenu à transmettre doit tenir compte des connaissances déjà acquises, des perceptions et des réactions du public cible relativement au domaine d'intérêt pour mieux répondre à leurs besoins (Rimer et Glassman, 1984; Backer et al, 1992). L'aspect persuasif du contenu du message a pour rôle de rejoindre le public cible dans son vécu. Le public doit se sentir concerné par le message et croire que ce message lui est adressé (Rimer et Glassman, 1984; Burgoon, 1989; Damrosch, 1991; Calvert et al, 1991). Un message persuasif doit présenter des comportements de santé souhaitables et mettre l'emphase sur leurs avantages, plutôt que de présenter des comportements néfastes et de les désapprouver. L'aspect persuasif du message doit proposer un profit éventuel au public à rejoindre quant à l'adoption du comportement suggéré.

En somme, le message doit attirer l'attention, soulever des émotions et fournir un moyen de soulager les émotions engendrées. Si le but du message est de démontrer au public cible la gravité d'un problème de santé et sa susceptibilité d'y être confronté, le message doit soulever l'inquiétude du public cible, mais doit aussi le rassurer en lui offrant une façon de se protéger du danger. Il s'agit alors de recommander un comportement spécifique, de montrer les difficultés couramment rencontrées dans l'atteinte du comportement souhaitable, de fournir des solutions pour contrer ces difficultés et de convaincre le public cible qu'il est capable d'adopter le comportement de santé proposé (Backer et al, 1992; Freimuth et al, 1990; Witte, 1992).

Cadre Conceptuel de Witte (1992)



2.3 Cadre conceptuel de Witte (1992) Persuasive Health Message (PHM)

Le cadre conceptuel de Witte (1992) a été conçu pour aider les praticiens dans le développement de messages de santé persuasifs et culturellement spécifiques. Ce cadre représente un bel effort d'application de la théorie à la pratique. Witte (1992) rassemble les principales conditions d'efficacité des messages de santé identifiées par les experts, dans un cadre élaboré à partir de différentes théories du comportement et de la communication. Le cadre conceptuel de Witte (1992) est en partie composé d'éléments provenant des théories et du modèle suivants; la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975); le modèle de Petty et Cacioppo (1986) et la théorie de Rogers (1983).

Les deux principales composantes de ce cadre sont les facteurs constants et les facteurs changeants. Les **facteurs constants** correspondent aux éléments essentiels à intégrer dans la conception du message tels: la **menace**, l'**efficacité**, les **variables de persuasion** au niveau du message et de la source ainsi que le **profil du public cible**. Les **facteurs changeants** sont les éléments qui varient en fonction du message à transmettre et de la population à rejoindre comme les **buts du message**, les **croyances**, les **connaissances** et **personnes de référence**, la **culture**, l'**environnement** et les **préférences**. Dans ce cadre les éléments changeants fournissent l'information concernant la population cible et alimentent les éléments constants utilisés pour concevoir un message persuasif et spécifique.

Pour développer son cadre conceptuel, Witte (1992) a utilisé certains éléments provenant de trois théories: 1) les éléments de menace et d'efficacité de la théorie Protection motivation theory (PMT) de Rogers (1983), 2) les voies de transformation de l'information persuasive (centrale et périphérique) du modèle Elaboration likelihood model (ELM) de Petty et Cacioppo (1986) et 3) les composantes normative et subjective de la théorie sur

l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975).

Dans la théorie PMT Rogers (1983) avance que ce qui conduit à un changement d'attitude et de comportement, c'est la perception que l'individu se fait de la menace ou du danger. La menace est l'une des premières techniques de persuasion à avoir été utilisée pour inciter les gens à changer leurs comportements de santé. Les chercheurs ont d'abord cru à une relation curviligne entre la menace et l'acceptation du message (Janis, 1967). Ils croyaient ainsi que l'utilisation excessive de la peur pouvait entraver l'acceptation du message et provoquer une réaction de défense et d'évitement. Cette position a cependant été rejetée, durant les années 70 et 80, par d'autres chercheurs qui ont démontré l'efficacité de la peur sur le changement de comportement (Boster et Mongeau, 1984; Rogers, 1983; Sutton, 1982). La peur peut cependant avoir un effet retentissant négatif si la perception de la menace est élevée et si celle de l'efficacité à y faire face est plutôt faible (Kleinot et Rogers, 1982; Rogers et Mewborn, 1976).

Leventhal (1970) s'est intéressé au processus cognitif dans la réaction au message. Cet auteur croit que l'individu réagit au message en tentant de se protéger du danger présenté. Dans sa théorie, Rogers (1975) pousse plus loin la position de Leventhal en précisant les composantes de la peur. Rappelons qu'un changement d'attitude et de comportement selon Rogers (1983), est la perception que l'individu se fait du danger présenté et de la perception de sa capacité à l'affronter. La perception d'être à risque, la perception de la sévérité de la menace, la perception de l'efficacité de la réponse à la menace et enfin la perception de sa propre efficacité à faire face à la menace sont les quatre principales composantes de la théorie de Rogers (1983). Pour Rogers (1983) l'intention d'une personne d'adopter le comportement de santé proposé est fonction de ses perceptions

qui en retour affectent son niveau de motivation à se protéger.

Witte (1992) propose d'utiliser les éléments de menace et d'efficacité de la théorie de Rogers (1983) dans la conception d'un message de santé persuasif. Selon Witte (1992), la portion menace du message doit tenter de faire sentir au public qu'il risque de contracter un sérieux problème de santé, alors que la portion efficacité doit le convaincre qu'il est capable de s'en protéger en adoptant le comportement idéal proposé.

Le modèle de Petty et Cacioppo (1986), Elaboration likelihood model (ELM), est un modèle de persuasion. Ce modèle tente d'expliquer le processus de transformation de l'information persuasive. Petty et Cacioppo (1986) identifient deux voies de transformation de l'information: les voies de transformation centrale et périphérique. Selon ce modèle et dans le cadre d'un message de santé persuasif, les gens qui ont une préoccupation de santé ont tendance à essayer de trouver une solution en s'intéressant au contenu du message. Si l'intérêt et l'engagement n'y sont pas les gens ont plutôt tendance à traiter le problème superficiellement et s'attardent plutôt à la forme du message. Ces deux façons de transformer l'information reçue sont identifiées respectivement, comme étant, centrale et périphérique. Le message de santé persuasif est plus efficace lorsqu'il entraîne une transformation centrale de l'information, parce que le changement d'attitude engendré par le contenu du message semble plus durable et plus prédictif d'un changement de comportement (Petty et Cacioppo, 1986).

Witte (1992) propose d'identifier les variables de persuasion aux plans de la forme et du contenu du message qui semblent les plus efficaces auprès du public cible et de les utiliser dans la conception d'un message de santé persuasif. Le message de santé doit être persuasif tant au plan de la forme que du contenu, car si la forme du message gagne

l'attention du public celui-ci poursuit habituellement son intérêt au niveau du contenu.

La théorie sur l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) vise à prédire et, par le fait même, à expliquer les comportements sociaux. La prédiction doit s'effectuer par rapport à un comportement spécifique et dans une situation bien définie. Le déterminant immédiat d'un comportement est l'intention de la personne à poser ou ne pas poser l'action donnée. Ainsi, selon la théorie de l'action raisonnée, l'intention d'une personne d'adopter ou non le comportement observé est prédit par son attitude à l'égard du comportement et par la perception des attentes perçues des gens qui lui sont proches. L'attitude d'une personne à l'égard du comportement est déterminée par ses croyances reliées aux conséquences d'un comportement donné et par l'évaluation qu'elle fait de ces conséquences. Quant à la composante subjective, celle-ci est déterminée par la croyance normative de la personne, c'est-à-dire par l'importance que celle-ci accorde à l'opinion de certaines personnes ou groupes de personnes et par sa motivation à se conformer à leurs opinions. Dans la conception du message, Witte (1992) propose d'identifier les croyances du public cible et des personnes significatives à l'égard de la menace de santé et de la solution proposée, dans le but d'utiliser les croyances qui encouragent l'adoption du comportement de santé.

Le profil du public cible est un facteur constant du cadre conceptuel de Witte (1992). Ce facteur tient une place primordiale dans la conception d'un message de santé spécifique. Witte (1992) suggère de recueillir des données relatives aux caractéristiques démographiques, psychographiques ainsi que les habitudes de vie et les valeurs culturelles.

Enfin, les facteurs changeants du cadre conceptuel de Witte (1992) doivent être clairement identifiés pour chacun des messages à concevoir. Les buts du message doivent être nettement définis et des données doivent être recueillies concernant les croyances, les

connaissances, les personnes significatives, la culture, l'environnement et les préférences du public visé. En somme, un message de santé persuasif doit, selon Witte (1992), contenir un élément de menace et d'efficacité, utiliser des techniques persuasives pour la forme et le contenu du message, puis ces conditions doivent être adaptées et dirigées vers le public cible.

2.4 Aspects relatifs à la validation

Valider un instrument signifie: déterminer de façon congruente la capacité de l'outil à fournir des mesures compatibles avec les données de l'observation et avec le cadre conceptuel auquel il est rattaché (Lefrançois, 1992). Les deux aspects de la recherche instrumentale se rapportent d'une part, aux épreuves de fidélité qui réfèrent à la réplicabilité, et d'autre part, aux épreuves de validité qui sous-tendent la logique et l'interprétabilité des résultats.

La terminologie relative aux différentes étapes de validation est loin de faire l'unanimité dans le monde scientifique. La validité est un champ très vaste, difficile à circonscrire sur le plan méthodologique, et qui donne lieu à diverses interprétations. Néanmoins, tous s'entendent pour dire qu'un instrument peut être fidèle sans être valide, mais ne peut être valide sans être fidèle. Il n'existe pas de validité absolue, c'est au chercheur qu'il appartient de déterminer les types de validité qui correspondent le mieux aux objectifs de la recherche. D'ailleurs, d'après Nunnally (1978) la question n'est pas de savoir si l'instrument est valide et fidèle, mais bien de savoir s'il l'est dans le contexte de la population à étudier. Cette précision de Nunnally est particulièrement pertinente dans le contexte de la validation de la grille d'observation d'un message de santé (GOMS). Les sections ci-dessous traitent brièvement des aspects relatifs à la fidélité et à la validité en précisant les tests effectués sur la grille GOMS.

2.4.1 Aspects de fidélité

La fidélité désigne la capacité d'un outil à fournir une mesure similaire, précise, chaque fois qu'il est administré à un échantillon de sujets équivalents dans des conditions d'observations identiques. En d'autres mots, la fidélité indique jusqu'à quel point l'instrument fournit des résultats constants d'une situation de mesure à l'autre, d'un observateur à l'autre (Lefrançois, 1992). Vu sous un angle mathématique, la fidélité veut quantifier la proportion de variance vraie sur la variance observée, c'est-à-dire évaluer dans quelle mesure des erreurs de mesure influencent les résultats. Les sources de variations peuvent être attribuables à des défauts à l'intérieur de l'instrument lui-même ou bien à des problèmes relatifs aux observateurs et aux répondants. Par exemple, un instrument conçu pour être administré à des adolescents risquerait de s'avérer peu fidèle lorsque utilisé auprès d'une population de personnes âgées. Il existe différentes méthodes pour vérifier la fidélité dont: 1) la stabilité; 2) la consistance interne; 3) l'équivalence; et 4) la fidélité entre les observateurs. Les trois premiers aspects reflètent la quantité d'erreurs de mesure interne de l'instrument; le dernier aspect reflète l'erreur externe (Fortin, Coutu-Wakulczyk et Filion, 1996).

Dans la présente étude, seules la consistance interne et la fidélité inter et intra-groupe sont effectuées. La consistance interne est une mesure de l'homogénéité, basée sur la moyenne des corrélations entre les items d'une mesure. En somme, la consistance interne permet de connaître le degré avec lequel les items d'un instrument mesurent effectivement la même caractéristique. Plus les items sont inter-corrélés, plus grande est la consistance interne de l'instrument. L'évaluation de la consistance interne repose sur le postulat que l'instrument est unidimensionnel, c'est-à-dire qu'il mesure un seul concept. Si l'instrument

de mesure contient plusieurs dimensions, comme dans le cas du GOMS, la consistance interne devra être estimée pour chacune des dimensions. Les principales méthodes pour estimer la consistance interne sont: 1) le coefficient alpha de Cronbach ou le coefficient Kuder-Richardson si les réponses aux items sont dichotomiques, 2) la fidélité moitié-moitié, 3) la corrélation totale inter-items.

Le coefficient alpha, développé par Cronbach en 1951, est la formule de base pour déterminer l'homogénéité quand il y a plusieurs choix de réponses à chacun des items. Le calcul du coefficient alpha permet d'estimer dans quelle mesure chaque item de l'échelle mesure de façon équivalente le même concept. Le coefficient alpha varie de 0.0 à 1.0; la valeur la plus élevée indique une plus grande homogénéité au risque de redondance (Cattell, 1977). La fidélité moitié-moitié est une autre mesure de l'homogénéité et se calcule habituellement selon les procédés de Guttman et de Spearman-Brown qui renseignent respectivement sur l'homogénéité entre les items pairs/impairs et les deux moitiés.

La fidélité inter-groupes permet de vérifier si les résultats obtenus à la grille GOMS diffèrent selon le groupe. En d'autres mots il s'agit ici, de vérifier la variation entre les scores moyens obtenus par chacun des cinq groupes pour la grille GOMS et pour chaque dimension du GOMS, après le visionnement des cinq messages de santé télévisés. La fidélité intra-groupe permet de vérifier l'effet cumulatif de la variation, entre les scores obtenus au GOMS et pour chaque dimension du GOMS, à l'intérieur de chacun des groupes, après le visionnement de chacun des cinq messages de santé télévisés présentés dans une séquence propre à chacun des groupes. En somme, la fidélité intra-groupe permet de voir si la séquence de présentation des messages de santé télévisés a un effet sur les réponses obtenues au GOMS et à chacune des dimensions du GOMS. Dans le cadre de cette étude, ces types

de fidélité sont estimés à l'aide de l'analyse de variance à plusieurs dimensions.

2.4.2 Aspects de validité

Valider un instrument c'est déterminer sa capacité de fournir des mesures compatibles avec le cadre théorique et conceptuel auquel il est rattaché, ici le cadre conceptuel de Witte (1992). Un instrument est valide s'il fournit une appréciation réelle et adéquate de la notion qu'il est censé mesurer. Cette étude vise à valider la grille GOMS conçue à partir du cadre conceptuel de Witte (1992). Cette grille a été développée dans le but de vérifier auprès d'un public cible les principales conditions d'efficacité d'un message de santé identifiées par les experts et rassemblées dans le cadre conceptuel de Witte (1992). La grille GOMS est l'objet d'une première étude de validation. Jusqu'à maintenant seule une validation de contenu a été effectuée au moment de la construction du GOMS.

La validation de contenu se mesure d'après le degré de représentativité des énoncés sélectionnés en regard du concept représenté. Ce type de validité n'a pas nécessairement de fondement empirique, mais s'appuie surtout sur des jugements d'experts selon leur domaine d'expertise. Cependant, l'analyse des items et la consistance interne fournissent des informations de base à cet effet.

Cette première étude de validation consiste à vérifier la validité des concepts de la grille GOMS par l'analyse de sa structure opératoire. Dans le processus de validation du GOMS, il faut se pencher sur l'analyse factorielle en composante principale afin de vérifier la structure interne de l'instrument. En d'autres termes, l'analyse factorielle consiste à déterminer les corrélations entre les items et les groupes d'items pour en dégager (technique orthogonale) des facteurs qui expliquent ces corrélations. Selon Green et Lewis (1986), les items désignés pour mesurer le même concept sous-jacent devraient converger et obtenir une

corrélation assez importante ($r=.35$) sur un facteur et non sur les autres facteurs. L'examen des items se rapportant à chacun des facteurs permet de définir les facteurs en cause dans la situation et leur degré de concordance en regard du cadre théorique. Ce processus représente une étape essentielle à l'établissement de la validité des concepts opératoires et de la structure interne du GOMS.

À la lumière de cette recension des écrits, il appert que les conditions d'efficacité des messages de santé sont clairement identifiées par les experts, mais peu d'entre elles ont été vérifiées auprès d'un public cible. Le cadre conceptuel de Witte (1992) rassemble les principales conditions d'efficacité des messages de santé dans un cadre élaboré à partir de trois des meilleures théories et modèles de persuasion. La présente étude propose de valider la grille GOMS, conçue à partir du cadre conceptuel de Witte (1992) pour vérifier les facteurs constants et changeants du cadre conceptuel de Witte (1992) au plan des conditions d'efficacité identifiées par les experts et celles correspondant aux conditions jugées efficaces par le public. La validation de la grille GOMS pourraient permettre l'élaboration de lignes directrices pour la conception de messages de santé efficaces.

2.5 Hypothèses de recherche

- H₁ Les coefficients de consistance interne de la grille GOMS et de chacune des dimensions démontrent des résultats supérieurs à 0.70.
- H₂ L'analyse de la structure opératoire de la grille GOMS fournit une saturation démontrant la présence de trois facteurs constants du cadre de Witte (1992): persuasion, menace et efficacité.
- H₃ La variabilité inter et intra groupe influence significativement les résultats obtenus à la grille GOMS.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthodologie proposée pour atteindre les objectifs et vérifier les hypothèses de recherche. Les composantes de cette section portent sur: 1) le type d'étude et le devis; 2) le milieu, la population et l'échantillon de l'étude; 3) la définition opératoire des variables; 4) le choix et la description des messages de santé télévisés; 5) la description de l'instrument de recherche; 6) le déroulement de l'étude; 7) le plan d'analyse des données; 8) les considérations éthiques; et 9) les limites de l'étude.

3.1 Type d'étude et devis

La présente étude vise à valider une grille opérationnalisée du modèle de Witte (1992). Ce type d'étude méthodologique est aussi connu sous le vocable de recherche instrumentale (Lefrançois, 1992). Un devis plan niché (nested design) est utilisé pour vérifier la troisième hypothèse de recherche. Ce devis est représenté dans le diagramme suivant:

	T1	T2	T3	T4	T5
G(a)	X(1)	X(2)	X(3)	X(4)	X(5)
G(b)	X(2)	X(4)	X(3)	X(5)	X(1)
G(c)	X(5)	X(4)	X(1)	X(3)	X(2)
G(d)	X(3)	X(1)	X(5)	X(2)	X(4)
G(e)	X(1)	X(4)	X(2)	X(5)	X(3)

Il renferme trois classifications: les groupes (G), les temps d'appréciation (T) et les traitements (X). Ce devis comprend autant de groupes qu'il y a de traitements. Dans la présente étude, il y a cinq traitements: X(1), X(2), X(3), X(4), X(5), chaque traitement

correspond au visionnement d'un message de santé télévisé. Cinq différents messages sont présentés et les sujets reçoivent, dans leur groupe respectif, chacun des traitements (visionnement de chacun des 5 messages) dans un ordre différent et aléatoire. L'effet de chaque traitement est mesuré avec le GOMS à cinq reprises et à des séquences différentes selon le groupe.

Le choix de ce devis est motivé par le désir de vérifier la fidélité inter et intra groupes sur le GOMS, ainsi que l'effet du temps sur les réponses obtenues au GOMS. L'effet intra-groupe ou effet de séquence permet de savoir si l'ordre de présentation des messages influence les résultats obtenus à la grille GOMS. Alors que l'effet inter-groupes ou effet de groupe permet de vérifier si les résultats obtenus à la grille GOMS diffèrent selon le groupe.

3.2 Milieu, population et échantillon

L'étude est effectuée à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa auprès d'étudiants(es) inscrits(es) à un programme de baccalauréat en sciences de la santé (sciences infirmières, ergothérapie ou physiothérapie). Le choix de cette population se justifie par la volonté d'obtenir le groupe le plus homogène possible, en contrôlant certains facteurs changeants du cadre conceptuel de Witte (1992): les connaissances, l'environnement, les personnes de référence et les préférences, lesquels varient en fonction du message à transmettre et de la population à rejoindre. Bien que les facteurs culturels et les croyances ne puissent être contrôlés dans le choix de la population, l'homogénéité au plan du groupe d'âge, de la scolarité et des courants d'idées véhiculés dans un milieu universitaire pourraient circonscrire, voire même annuler en partie ces facteurs changeants auprès de la population à rejoindre.

3.2.1 Critères d'éligibilité

Pour être éligible à titre de sujets dans l'étude, l'étudiant(e) devait répondre aux critères suivants:

1. Être âgé de 18 ans et plus.
2. Être inscrit à un programme de baccalauréat en sciences de la santé (sciences infirmières, ergothérapie, ou physiothérapie).
3. Suivre au moins, un cours offert en anglais, dans son programme d'études.
4. Assister à la présentation des messages de santé télévisés avec les membres du groupe auquel le sujet est assigné et répondre par écrit à un questionnaire selon les consignes fournies.
5. Accepter de participer à l'étude sans compensation monétaire.

3.2.2 Taille de l'échantillon

Bien que l'échantillon de convenance soit composé de tous les sujets répondants aux critères d'éligibilité, la taille de l'échantillon nécessaire pour cette étude est calculée de façon à permettre le test des hypothèses en évitant les erreurs de type I ($\alpha = 0.05$) et de type II (β). Ainsi, afin de vérifier la validité des concepts, l'échantillon de convenance doit compter un minimum de 105 sujets, soit environ 21 sujets par groupe. Ce nombre suffit pour effectuer une analyse factorielle et permet aussi de vérifier la variabilité inter et intra groupe en assurant 5 sujets par item (21) pour la dimension persuasion (section C-1) du GOMS et plus de 5 sujets par item (19) pour les dimensions menace et efficacité (section C-2) du GOMS (Tabachnick et Fidell, 1989).

3.2.3 Formation des groupes

La semaine précédant la collecte des données, l'investigatrice sollicite la participation des étudiants (es) des cours NSG 3302 Research in Nursing and Health, NSG 1316 Health Assessment et NSG 1210 Nursing and Health en se présentant dans la classe, pour présenter son projet et demander leur collaboration, après avoir obtenu le consentement du professeur responsable du cours. Les étudiants (es) qui se portent volontaires et acceptent de participer à un tirage au sort, identifient le groupe, l'heure et l'endroit désigné où ils doivent se présenter, la semaine suivante, pour la collecte des données. Les cinq groupes sont ainsi formés aléatoirement.

3.3 Définition opératoire des variables

Cette étude méthodologique vise à valider la grille opérationnalisée du cadre conceptuel de Witte (1992) à partir de différents messages de santé télévisés. Les variables étudiées sont les composantes du cadre conceptuel de Witte (1992) soient les facteurs constants, les facteurs changeants et le message persuasif représenté dans cette étude par le message de santé télévisé.

3.3.1 Facteurs constants: Éléments du cadre conceptuel de Witte (1992) considérer comme fondamentaux et essentiels à la conception d'un message de santé efficace. Ces éléments sont toujours présents quelque soit le message à transmettre. Ces éléments sont: **la menace** (perception d'être à risque et perception de la sévérité de la menace), **l'efficacité** (perception de l'efficacité de la réponse offerte et perception de sa propre efficacité), les **variables de persuasion** au niveau de la forme et du contenu du message (style, contenu, sentiment) et de la source (crédibilité, attrait, pouvoir du communicateur), et le **profil du public cible** (démographique, psychographique, habitudes de vie et valeurs culturelles). Les

variables de persuasion, la menace et l'efficacité sont mesurées à l'aide du GOMS (section C) de l'instrument. Le profil du public cible est mesuré avec le questionnaire sur les données socio-démographiques, (section A) de l'instrument.

3.3.2 Facteurs changeants: Éléments du cadre conceptuel de Witte (1992) qui varient en fonction du message à transmettre et du public à rejoindre. Ces éléments sont les buts du message, les croyances, les connaissances et personnes de référence, la culture, l'environnement et les préférences. Les éléments suivants: personnes de référence, culture, environnement et préférences sont identifiés à l'aide du questionnaire sur les données socio-démographiques, (section A) de l'instrument. Les connaissances sont mesurées à l'aide du questionnaire sur les connaissances relatives au VIH et au SIDA (section B) de l'instrument. Les croyances des sujets à l'étude et des personnes qui leurs sont significatives ont été considérées au niveau des dimensions de menace et d'efficacité du GOMS, à la section C de l'instrument. Enfin, tous les messages de santé télévisés choisis pour cette étude poursuivent un but commun en transmettant le même message, ce qui permet de contrôler le facteur changeant: les buts du message.

3.3.3 Messages de santé télévisés: Courts messages télévisés d'une durée de 10 à 60 sec destinés à éduquer et à modifier les attitudes et comportements de santé d'un public cible vis-à-vis le virus du VIH et le sida. Le but du message est le même pour tous les messages de santé télévisés choisis pour cette étude soit: "If you have sex, protect yourself against aids". Les messages choisis pour cette étude sont décrits dans la section 3.5.

3.4 Choix des messages de santé télévisés

Les cinq messages de santé télévisés retenus pour cette étude ont été choisis après le visionnement, à plusieurs reprises, d'une cinquantaine de messages sur le sida provenant de

différents pays d'Europe (Norvège, Suède, Danemark, Finlande, Suisse, France etc...), d'Afrique (Ghana, Zimbabwe), d'Amérique (Canada, USA), d'Asie et même de l'Australie. Dans un premier temps, il s'agissait d'identifier dans ces messages les conditions d'efficacité les plus utilisées au niveau de la forme et du contenu du message et de ne retenir que les messages qui utilisent une ou plusieurs de ces conditions. Parmi les trente messages retenus, cinq ont été choisis en fonction du but commun poursuivi par ces messages et de la présence des facteurs constants du cadre de Witte (1992). Ainsi, tous les messages choisis poursuivent le même but (If you have sex, protect yourself against aids) mais utilisent différemment les facteurs constants du cadre de Witte (1992). Les cinq messages choisis proviennent de la campagne Américaine (ARTA) America Responds to Aids (1987-1993) lancée par le CDC (Center for Disease Control) ce sont: Mirror, Automatic, Sofa, HIV positive, et Turned down.

3.5 Description des messages de santé télévisés

Message 1

Titre: Mirror (durée: 15 secondes)

Description: Ce message débute avec une musique qui soulève la curiosité pendant que l'on voit inscrit en lettres blanches à l'écran: HIV is the virus that causes AIDS. Toujours avec la même musique de fond, on nous montre ensuite un miroir et une voix masculine dit: "If you want to know what someone with hiv aids infection might look like, look in the mirror, and ask yourself if you're at risk". Apparaît alors à l'écran: America Responds to Aids. Puis on entend le narrateur dire (pendant que l'on voit à l'écran): "Call 1-800-342-AIDS". Au bas de l'écran, on peut lire: A message of US Centers of Disease Control.

Représentation des facteurs constants dans ce message: Dans ce message, la menace est

exprimée par le ton de la voix et les paroles qui transmettent de l'inquiétude, du doute et de l'inconfort. La musique mystérieuse amplifie l'effet de la voix et des paroles. Le symbole du miroir fait sentir au public qu'il est à risque, comme tout le monde. Le sida n'est pas seulement pour les autres. On ne sent pas la sévérité de la menace dans ce message, i.e. la gravité du sida n'est pas clairement exprimée. Au niveau de l'**efficacité**, la solution proposée est: Call 1-800-342-AIDS. On soulève chez le public le besoin de savoir s'il est à risque et que pour le savoir il doit s'informer. On le fait se sentir capable de s'informer. Les **variables de persuasion** utilisées au niveau du message sont: un style direct, dramatique, sérieux et rationnel, langage simple, approprié avec argument principal (ça peut m'arriver). Au niveau de la source, une voix masculine fait figure d'autorité. Le **profil du public cible** est représenté par un décor confortable, nord américain.

Message 2

Titre: Automatic (durée : 30 secondes)

Description: Ce message montre en arrière plan deux personnes qui s'embrassent, couchées dans un lit. On entend d'abord un tic-tac d'horloge, suivi d'une musique entraînante. Un tiroir de bureau s'ouvre et un condom dans son enveloppe sort en courant. Le condom passe prudemment, devant un chat qui dort et se glisse sous les couvertures dans le lit des deux personnes. Simultanément, on entend une voix masculine qui dit: "It would be nice, if laytex condom were automatic. But, since they're not, using them should be, simply because laytex condom used consistently and correctly would prevent the spread of HIV". Silence, information à l'écran: America Responds to Aids. For a free guide on a correct condom use. Call 1-800-342-AIDS. A message of Centers of Disease Control Public Service Announcements.

Représentation des facteurs constants dans ce message: La **menace**: dans ce message, on ne se sent pas menacé, mais on perçoit le risque quand le condom passe prudemment devant le chat. Ce symbole exprime la fragilité d'un condom et indique l'importance qu'il soit en bon état pour être utilisé efficacement. De plus, c'est le condom qui doit se rendre au couple, car ce couple est peut-être à risque pour le sida, mais ne semble pas s'en inquiéter. La gravité du sida n'est pas clairement exprimée. Concernant l'**efficacité**, la solution proposée est l'utilisation efficace et consistante du condom pour toute personne sexuellement active. L'efficacité de la réponse offerte est démontrée par un condom responsable (en bon état et qui va à la rescousse du couple). Par ailleurs, on ne perçoit pas le couple comme étant capable d'utiliser un condom correctement et de façon consistante. On ne présente pas les obstacles à franchir ni comment les franchir. Les **variables de persuasion**: le style du message est amusant, il est présenté avec humour et sur une musique entraînante. L'argument principal est que les gens sexuellement actifs doivent prendre la responsabilité d'utiliser un condom, puisque le condom ne viendra pas à eux. La source du message provient d'une voix masculine ferme et douce. Le condom fait figure de prudence et de responsabilité. Le **profil du public cible** est représenté dans un décor simple, moderne, et jeune par ses couleurs, ses meubles et l'espadrille que le condom rencontre sur son chemin. Ce message semble principalement s'adresser à de jeunes adultes.

Message 3

Titre: Sofa (durée: 60 secondes)

Description: Toute la durée du message, on entend une musique de suspense. Ce message montre un jeune couple de race blanche qui se regarde avec désir, puis commence à s'embrasser assis devant le téléviseur. Soudainement, le téléviseur s'ouvre de lui-même et

un animateur de race noire dit: “We have a long way to go in the fight against HIV, the virus that causes AIDS”. Le partenaire masculin du couple ferme alors le téléviseur à l’aide de la télécommande.

À nouveau, le téléviseur s’ouvre de lui-même et l’animateur ajoute : “ HIV is spread by sharing needles and per sex with an infected person”. Le partenaire masculin ferme pour une deuxième fois le téléviseur avec la télécommande. Encore une fois le téléviseur s’ouvre de lui-même et l’animateur continue: “Today, there is a good chance, you know someone with HIV”. Téléviseur fermé de nouveau par le partenaire masculin à l’aide de la télécommande. Enfin, le téléviseur s’ouvre pour une dernière fois par lui-même et l’animateur énonce: “People with HIV can look just as healthy as anyone else. You can’t tell that someone is infected with the virus just by looking at them”. Le couple cesse de s’embrasser et se regarde. L’animateur continue: “In fact the person you’re with right now might have HIV”. Le couple se regarde à nouveau l’air inquiet. L’animateur dit: “Talk to your partner about HIV”. Apparaît à l’écran: America Responds to AIDS. La même voix dit: “Learn how to prevent HIV infection” et on voit au même moment inscrit à l’écran: Call 1-800-342-AIDS. A message of US Centers of Disease Control.

Représentation des facteurs constants dans ce message: La **menace**: le couple commence à se sentir menacé vers la fin du message, quand l’animateur sème le doute par son discours. On sent dans le regard du couple qu’il s’interroge sur la possibilité d’être à risque. La gravité du sida n’est exprimée que dans la voix et le discours du narrateur ainsi que dans le regard du couple à la fin du message. L’**efficacité**: la solution proposée est de parler avec son partenaire et de s’informer en appelant: call-1-800-342-AIDS. On ne sent pas dans ce message, si le couple se croit capable d’utiliser la solution proposée. Différentes **variables**

de persuasion sont utilisées dans ce message: le couple se touche, s'embrasse ce qui rejoint les gens dans leur vécu, on transmet le doute et la crainte par le contenu du message et par la musique de suspense. Le message est factuel, il fait le tour de la question de façon rationnelle. L'animateur masculin de race noire fait figure d'autorité, d'expert. Le **profil du public cible** : dans le couple, la femme semble naïve et réagit passivement aux arguments de l'animateur tandis que l'homme a un rôle actif, c'est lui qui ferme le téléviseur et c'est lui qui semble le plus dérangé par les propos de l'animateur. C'est un couple de jeunes adultes vêtus comme des gens de la classe moyenne. L'action se passe dans un décor neutre, le couple est assis sur une causeuse devant le téléviseur, la télécommande à la portée de l'homme sur une table à café.

Message 4

Titre: HIV positive (durée: 60 secondes)

Description: Ce message présente une série de témoignages qui s'opposent. D'une part des individus qui ne se croient pas à risques et d'autre part des témoignages de victimes du sida. Le message se déroule comme suit: À tour de rôle, quatre visages apparaissent à l'écran (un homme de race noire, deux femmes blanches et un homme blanc) et chacun dit: "It's not gonna happen to me". Puis une jeune femme, Christina positive au VIH, de continuer: "I was really shocked, when I found out I was infected. I didn't think anything like this could ever happen to me ...". Puis on entend une voix masculine dire: "HI what?" Apparaît à l'écran l'inscription: The virus that causes AIDS. Un homme de race noire dit: "I don't know anyone who has it". Un homme blanc enchaîne avec: "Do I look like I would have it?"

Buddy, homme blanc et positif au VIH, assis à une table de restaurant poursuit: "You can't tell by looking at someone if they have HIV. I look healthy, I feel good but yet, I'm

very infected”. Deux hommes apparaissent brièvement et rapidement à l’écran, le jeune dit: “too busy”; le plus vieux: “I don’t think about it”. Puis, Rick positif au VIH, assis par terre avec un ballon poursuit en disant: “Not a day goes by that ... I don’t think about the fact that I have HIV”. Deux femmes blanches continuent: “I just got married”. “I am married”. Janice de race noire et positive au VIH, assise sur la plage poursuit: “I got the virus from my husband, I didn’t know he was a drug user”. Un homme blanc lance : “It’s not a big deal”. Richard positif au VIH répond: “I’ve lost my home, my wife, my business”. Une femme blanche commence et un homme blanc finit cette phrase: “Only certain people get it...” Missy positive au VIH, femme un peu grasse à l’allure sage et plutôt conservatrice affirme: “People don’t think of me as the type of person who would have HIV but, I do”. Femme blanche et homme blanc disent à tour de rôle: “I just want to go away”. Enfin, la jeune femme du début, Christina positive au VIH, revient pour dire: “Basically, I just want to live, that’s the most important thing to me”. Apparaît ensuite, inscrit à l’écran: If you’re tired of thinking about HIV, ask someone who’s really sick of it. Puis on entend le narrateur dire: “You could be putting yourself at risk” et on peut lire America Responds to AIDS- Call 1-800-342-AIDS-A message of US Centers of Disease Control.

Représentation des facteurs constants dans ce message: La menace dans ce message, la variété des personnages et des témoignages permet à la population cible de s’identifier et de se sentir menacé par un ou plusieurs de ces témoignages. La sévérité de la menace (sida) est exprimée dans certains témoignages comme celui de Christina qui dit: “I just want to live”.
L’efficacité: la solution proposée est de parler à des victimes du sida et de s’informer si l’on est à risque en appelant 1-800-342-AIDS. On a confiance que le public cible utilisera la solution proposée sans démontrer si on le sent capable. **Les variables de persuasion:** le

contenu des témoignages, la variété des personnages et l'utilisation de points de vue qui s'opposent sont les principales variables de persuasion utilisées dans ce message. Le **profil du public cible**: la variété des personnages, des témoignages, et des décors permet de rejoindre beaucoup de personnes, de différents milieux.

Message 5

Titre: Turned down (durée: 30 secondes) .

Description: Ce message commence par montrer un couple, qui danse sur une musique sexy, dans la pénombre. Puis le couple commence à s'embrasser et à se déshabiller (cravate, boucle d'oreille, soulier) c'est alors que la femme demande: "Did you bring it?" L'homme répond: "I forgot it" et tente d'embrasser la femme de nouveau. La femme refuse le baiser, et répond: "Then forget it" et allume la lampe de table. L'écran devient alors tout blanc et on entend une narratrice dire calmement: "Next time don't forget it and"... (apparaît alors à l'écran: For a free brochure on correct condom use. Call 1-800-342-AIDS) "... every time make it part of the relationship". Un narrateur enchaîne en disant: "A latex condom use consistently and correctly would prevent the spread of HIV..." (pendant que l'on voit à l'écran: The virus that causes AIDS) "...and may save your life". Suivi de America Responds to Aids. Centers for Disease Control and Prevention Public Service Announcements.

Représentation des facteurs constants dans ce message: La **menace**: dans ce message, on peut voir que la femme se sent à risque par ses gestes et paroles. Pour elle, le sida semble assez grave puisqu'elle ne veut prendre aucune chance et refuse d'aller plus loin sans condom. L'**efficacité**: le condom semble pour elle une solution efficace, malgré le fait qu'elle n'en n'a pas un avec elle. La femme est confiante et n'a pas peur du rejet. Par son

refus, elle croit pouvoir imposer à l'homme l'utilisation du condom. Les **variables de persuasion**: le message a un style d'abord chaleureux, mais devient rapidement sérieux et direct. Il est court, mais formulé dans un langage simple et positif. Le **profil du public cible** est représenté par un couple de race blanche, jeune, bien habillé. L'action se passe dans un décor confortable, style nord-américain.

3.6 Description de l'instrument de recherche

L'instrument de recherche se compose du questionnaire sur les données socio-démographiques, du questionnaire sur les connaissances relatives au VIH et au SIDA et de la grille d'observation d'un message de santé (GOMS). L'instrument de recherche est présenté à l'annexe D.

3.6.1 Questionnaire sur les données socio-démographiques (Section A)

Ce questionnaire permet de caractériser l'échantillon de cette étude.

Dix questions couvrent les caractéristiques socio-démographiques ce sont:

L'âge réfère à l'âge chronologique du sujet.

Le sexe comprend le genre masculin et féminin.

La **langue utilisée quotidiennement** comprend les deux langues officielles au pays, si autres il faut spécifier.

Le groupe ethnique

La **scolarité** représente le nombre d'années d'études complétées de niveau universitaire.

Le **statut marital** comprend: célibataire, marié, séparé, divorcé, conjoint de fait, et autres.

Les personnes vivant avec le sujet.

Le sujet n'a aucun partenaire, a un ou plusieurs partenaires

Le sujet n'a aucun partenaire sexuel, a un ou plusieurs partenaires sexuels

Le sujet doit choisir son **média favori** parmi les suivants: télévision, vidéo, radio, ordinateur, magazine, journal, si autres il faut spécifier.

3.6.2 Questionnaire sur les connaissances relatives au VIH et au SIDA (Section B)

La section concernant les connaissances relatives au VIH et au sida se compose de huit énoncés en trois points auxquels chaque sujet répond par vrai, faux ou je ne sais pas. Les énoncés (1-2-6-8) réfèrent aux connaissances concernant le virus du VIH et le sida, alors que les énoncés (3-4-5-7) se rapportent à certains aspects de la transmission du virus du VIH et du sida.

3.6.3 Grille d'observation du message de santé (GOMS) (Section C)

La collecte des données relatives aux composantes d'un message de santé persuasif est réalisée à partir de la grille d'observation du message de santé (GOMS). Cette grille se compose de 40 énoncés dont 21 (section C-1) selon une échelle de différenciation sémantique et 19 (section C-2) selon une échelle de type likert. Le GOMS est structuré à partir des facteurs constants, du cadre conceptuel de Witte (1992) et a pour but de recueillir les réactions d'un public à l'égard de cinq messages de santé télévisés sur le sida. Le contenu du GOMS a été élaboré à la suite d'une revue exhaustive des écrits portant sur divers aspects de la conception de messages de santé efficaces. Certains ouvrages ont cependant servi de base à la formulation des items dont ceux de Maibach et Parrott (1995), de Witte (1992), de Freimuth et al (1990), et de Burgoon (1989).

Les **21 items de la section C-1** du GOMS couvrent la dimension, des **variables de persuasion** au niveau de la forme et du contenu du message; les énoncés sont présentés selon une échelle de différenciation sémantique en 5 points. La dimension des variables de persuasion se subdivise en **3 sous-dimensions**. Les **items 1 à 7** inclusivement s'intéressent

au **style du message** et visent à savoir s'il retient l'attention du public. Les **items 8 à 14** permettent de vérifier si le public juge le **contenu du message pertinent**, alors que les **items 15 à 21** identifient les **sentiments engendrés par le message**.

Les **19 items** de la **section C-2** mesurent les dimensions de **menace** et d'**efficacité** sur une échelle de type likert en 5 points allant de fortement en accord à fortement en désaccord. Les items de la dimension menace se rapportent aux croyances de l'individu et des personnes qui lui sont significatives à l'effet de se sentir ou non menacés par le sida et de considérer ou non le sida comme un problème grave. Les items de la dimension efficacité sont rattachés aux croyances de l'individu et des personnes qui lui sont significatives à l'effet d'être ou non convaincu que la solution proposée est la bonne et de se sentir capable ou non d'utiliser la solution proposée. La **dimension menace** du cadre conceptuel de Witte (1992) est représentée par **10 énoncés (22-23-24-26-30-31-33-35-36-39)** alors que, **9 énoncés (25-27-28-29-31-32-34-37-38-40)** représentent la **dimension efficacité**.

3.6.4 Validité de contenu

Afin de mesurer la validité de contenu de la grille GOMS, c'est-à-dire la mesure du degré de représentativité des items sélectionnés en regard des facteurs constants du cadre conceptuel de Witte (1992), deux experts ont été consultés. Un expert en recherche sur le sida et un expert en campagnes médiatiques se sont prononcés sur la pertinence, la représentativité et la clarté des énoncés choisis. L'instrument a été ainsi modifié en fonction des recommandations soumises par ces experts.

3.6.5 Pré-test de l'instrument de recherche

Un pré-test a été effectué auprès de six étudiantes ne faisant pas partie de l'échantillon. Elles étaient respectivement âgées entre 21 ans et 41 ans. Le pré-test portait

sur la pertinence de la lettre d'information ainsi que sur le contenu et la clarté du formulaire de consentement. L'instrument de recherche a ensuite été vérifié au niveau de la clarté des termes utilisés, de la compréhension du contenu et du temps requis pour répondre. Le temps exigé pour compléter l'instrument de recherche variait entre 25 et 30 minutes. À la suite du pré-test, aucun changement n'a été nécessaire concernant la lettre d'information et le formulaire de consentement et seules deux questions ont été reformulées plus clairement dans le questionnaire sur les données socio-démographiques (section A de l'instrument).

3.7 Déroulement de l'étude

3.7.1 Démarches préliminaires

Par souci d'homogénéité des sujets, le recrutement a été réalisé dans le cadre d'un cours facultaire en sciences de la santé, en raison du grand nombre d'étudiants inscrits (NSG 3302 Research in Nursing and Health). Deux autres cours ont permis de compléter la formation de l'échantillon (NSG 1316 Health Assessment et NSG 1210 Nursing and Health). La permission des professeures responsables de ces cours a été obtenue avant de présenter le projet dans leurs salles de classe afin de solliciter la collaboration des étudiants. Le processus de recrutement se résumait à distribuer à chacun des étudiants une lettre d'information (annexe F) et à en faire la lecture à haute voix. Cette lecture était suivie d'une période de questions. La rencontre prenait fin avec l'assignation aléatoire des sujets volontaires à chacun des cinq groupes, en indiquant l'heure et l'endroit désignés pour la collecte des données prévue la semaine suivante. Plusieurs étudiants se sont portés volontaires, soit 116 étudiants pour une possibilité d'environ 150. Un total de 110 sujets se sont présentés à la collecte des données ce qui représente un taux de participation de 73.3%.

3.7.2 Collecte des données

La collecte des données se déroule comme suit:

- 1) Les 19-21-26 et 29 janvier 1998, chacun des 5 groupes formés qui se présente à l'heure et à l'endroit désignés au moment du recrutement est guidé vers la salle de classe réservée pour le visionnement des messages et la collecte des données.
- 2) Lecture de la lettre d'information (annexe F) par chacun des étudiants (2 min).
- 3) Lecture et signature du formulaire de consentement (annexe G) par chacun des participants (5 min).
- 4) Distribution de l'instrument de collecte des données et complétion du questionnaire sur les données socio-démographiques (section A).
- 5) Complétion du questionnaire sur les connaissances relatives au VIH et au SIDA (section B) de l'instrument.
- 6) La stratégie de collecte des données du GOMS, (section C), suit une méthode probabiliste d'assignation de cinq séquences de présentation des messages. Chacun des cinq groupes de sujets visionne une séquence différente des cinq mêmes messages. Ainsi chaque groupe visionne un premier message puis complète la grille d'observation du message de santé (GOMS). Il en va de même pour les quatre autres messages. Un temps d'arrêt est prévu après chaque complétion pour permettre à chacun des participants de finir de compléter le GOMS et pour permettre à tout le groupe d'être prêt en même temps pour le visionnement du message suivant. Voir le tableau synthèse du déroulement de la collecte des données à la section 3.7.3.
- 7) Le chercheur demeure disponible pour clarifier toute ambiguïté ou répondre à toute question de la part des sujets durant toute la période de la collecte des données.

- 8) Les instruments complétés sont placés dans une enveloppe scellée puis conservés sous clef, dans un classeur au bureau du chercheur.
- 9) La durée de la collecte des données est d'environ 30 minutes par groupe.

3.7.3 Tableau synthèse du déroulement de la collecte des données

Action	Temps requis
Questionnaire sur les données socio-démographiques (Section A)	2 minutes
Questionnaire sur les connaissances relatives au VIH et au SIDA (Section B)	3 minutes
Visionnement du message de santé télévisé 1	15 secondes
Grille d'observation du message de santé (GOMS) (Section C)	4 minutes
Visionnement du message de santé télévisé 2	30 secondes
Grille d'observation du message de santé (GOMS) (Section C)	4 minutes
Visionnement du message de santé télévisé 3	60 secondes
Grille d'observation du message de santé (GOMS) (Section C)	4 minutes
Visionnement du message de santé télévisé 4	60 secondes
Grille d'observation du message de santé (GOMS) (Section C)	4 minutes
Visionnement du message de santé télévisé 5	30 secondes
Grille d'observation du message de santé (GOMS) (Section C)	4 minutes
Total	(+ ou -) 30 minutes

3.8 Plan des analyses

Le plan des analyses comprend des analyses descriptives et des analyses de validation pour permettre de répondre aux objectifs de l'étude et de vérifier les hypothèses. Toutes les analyses statistiques sont effectuées avec le logiciel SPSS-PC MS Windows version 6.1.

3.8.1 Analyses descriptives

Les analyses descriptives permettent: 1) de caractériser l'échantillon selon les différentes variables étudiées 2) de dresser le profil des réponses obtenues à l'échelle des connaissances sur le VIH et le SIDA et de 3) présenter les scores moyens obtenus pour chaque dimension de la grille GOMS.

3.8.2 Analyses de validation

Le processus de validation du GOMS exige certaines épreuves de fidélité et de validité, dont la validité de contenu par l'analyse des items selon l'étude de la répartition des fréquences relatives. L'analyse des items et la consistance interne fournissent des informations essentielles à la validité de contenu. Le calcul des coefficients de consistance interne de la grille GOMS et de chacune des dimensions permet de vérifier la première hypothèse de recherche dans cette étude. Les techniques choisies pour estimer la consistance interne du GOMS et de chacune de ses dimensions sont le calcul des coefficients de Cronbach et les autres mesures de fidélité moitié-moitié selon les procédés de Guttman et de Spearman-Brown.

La vérification de l' H_2 , qui se rapporte à l'analyse de la structure opératoire de la grille GOMS voulant démontrer la présence de trois facteurs constants du cadre conceptuel de Witte (1992) s'effectue par l'analyse factorielle exploratoire en composante principale et par rotation orthogonale. L'étude des saturations permet de préciser l'apport de chacun des facteurs au cadre conceptuel. Dans la méthode de rotation orthogonale, appelée varimax, le

facteur est gardé à angle droit et les facteurs sont indépendants, c'est-à-dire non corrélés entre eux, alors que dans la méthode de rotation oblique les facteurs ne sont pas gardés à angle droit, sont corrélés et dépendants. La méthode de rotation varimax est simple, facile à interpréter et appropriée pour une première étude de validation. Le calcul des coefficients de consistance interne tout comme l'analyse factorielle exploratoire en composante principale et par rotation orthogonale sont effectués aux temps 1 et 4 permettant ainsi de comparer les résultats. Il est pertinent d'effectuer ces analyses pour deux temps: en raison de la nature des analyses choisies et de la taille de l'échantillon prévue. Enfin, l'approche statistique privilégiée pour vérifier l' H_3 , voulant que la variabilité inter et intra groupes influence significativement les résultats obtenus à la grille GOMS est l'analyse de variance à plusieurs dimensions.

3.9 Considérations éthiques

Dans la présente étude, le droit de ne pas être exposé à des risques qui pourraient nuire physiquement, moralement, légalement, financièrement et socialement s'applique peu aux répondants sauf le risque d'éprouver quelques malaises face à certaines questions d'ordre personnel, pouvant être embarrassantes à répondre. Pour ce qui est du droit d'être informé de la nature, du but et des méthodes utilisées pendant la recherche, la lettre d'information distribuée le jour du recrutement et redistribuée au moment de la collecte des données (annexe F) répond à ce droit fondamental. Cette lettre indique le but de l'étude, décrit en quoi consiste la participation et le caractère confidentiel et anonyme des informations recueillies. Le jour de la collecte des données, après avoir lu la lettre d'information, chaque participant signe un formulaire de consentement (annexe G) dont une copie lui est remise et l'autre conservée sous clef par le chercheur, dans une enveloppe scellée.

Afin de respecter l'anonymat et la confidentialité, le nom du répondant n'apparaît que sur les formulaires de consentement qui sont conservés séparément. Les noms des répondants(es) ne sont pas requis sur les questionnaires. Les sujets sont libres d'accepter ou de refuser à tout moment de participer à l'étude et peuvent se retirer n'importe quand. Ce projet a reçu l'approbation du comité de déontologie de la recherche de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (annexe E).

4.0 Limites de l'étude

Plusieurs facteurs peuvent contribuer aux limites de cette étude. En regard de la généralisation des résultats, les limites de cette étude se rapportent : 1) à l'instrument de mesure; 2) au déroulement de l'étude et 3) à la généralisation des résultats à d'autres populations.

De façon générale, l'instrument de mesure constitue une première menace à la validité interne d'une recherche. Ce projet vise à vérifier certains aspects de la validité et de la fidélité de la grille GOMS. La première limite se rapporte à la construction du GOMS, qui n'a fait l'objet que d'une première validation de contenu au moment de son élaboration.

Une deuxième menace à la validité interne de la recherche se rattache au déroulement de l'étude et se situe au niveau de la population et des biais relatifs à l'échantillonnage. Deux étapes ont été mises de l'avant pour contrer ce biais. La première étape se rapporte au recrutement. L'assignation à l'un ou l'autre des cinq groupes s'effectue au hasard en utilisant la technique de Bernouilli (sans remise). La deuxième étape de contrôle a trait aux présentations des séquences des cinq messages suivant une distribution selon l'ordre de la table des nombres aléatoires.

Cependant, nul ne peut passer sous silence l'effet du choix d'une population universitaire sur la généralisation des résultats. Néanmoins, l'assignation aléatoire des sujets à chacun des cinq groupes permettra dans une certaine mesure, de contrôler le biais de désirabilité sociale en limitant l'effet extrinsèque de groupes informels (d'amis) sur les résultats. Demeure cependant le biais de désirabilité sociale intrinsèque aux individus influencés par la publicité et le comportement des gens vis-à-vis le sida.

Finalement, le but de la présente étude de validation de la grille GOMS limite la généralisation à d'autres populations en raison même du modèle de Witte(1992) dont un des facteurs constants est la spécificité de la population cible pour un message précis.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats des analyses statistiques selon le plan proposé au chapitre précédent afin de répondre aux objectifs et de tester les hypothèses de recherche. Ces résultats proviennent de l'analyse des données recueillies à partir d'un instrument composé d'un questionnaire sur les données socio-démographiques (section A), du questionnaire sur les connaissances relatives au VIH et au SIDA (section B) et de la grille d'observation d'un message de santé (GOMS) (section C). La présentation des résultats se divise en deux parties : les résultats des analyses descriptives suivi des résultats des analyses de validation proprement dites.

4.1 Analyses descriptives

Dans un premier temps, les analyses descriptives présentées sous forme de tableaux permettent: 1) de tracer le profil socio-démographique de la population à l'étude, 2) de décrire le niveau des connaissances relatives au VIH et au SIDA chez les répondants; et enfin 3) de présenter les scores moyens obtenus, à chaque dimension de la grille GOMS.

4.1.1 Profil socio-démographique

Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques des 110 sujets composant l'échantillon. L'âge des répondants s'étend de 19 à 52 ans, avec une moyenne de 25.13 ans et un écart type de 7.58 ans. Plus des trois quarts des sujets (75.5%) sont âgés de 19 à 26 ans, alors que 24.5% se situe entre 27 et 52 ans. La présence de sujets plus âgés s'explique par le nombre d'étudiants inscrits au programme post-diplôme en sciences infirmières faisant partie de l'échantillon.

Les femmes constituent 87.3% du total de l'échantillon, ce qui s'explique en partie, par les programmes d'études auxquels sont inscrits les répondants, soit les programmes de baccalauréat en sciences infirmières et en ergothérapie. Ces programmes attirent généralement une plus forte proportion de filles. Selon les dernières statistiques de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (Hiver, 1998), 9.7% des étudiants inscrits en sciences infirmières pour les quatre années sont des hommes, alors qu'en ergothérapie les hommes représentent 16.2% des inscriptions.

L'anglais est la langue utilisée quotidiennement par 72.7% des sujets. La moitié des répondants sont canadiens anglais, 18.2% sont canadiens français et 17.3% sont canadiens d'origine européenne. Cette distribution reflète bien les données relatives à la population régionale d'Ottawa-Carleton (Statistics Canada, 1992). Le nombre d'années universitaires complétées par les sujets se distribue comme suit: 9.1% en sont à leur première année universitaire, 22.7% complètent leur deuxième année, 36.4% sont en troisième, 14.5% en quatrième, 10.9 en cinquième et enfin 6.4% ont complété 5 ans et plus d'université. Quant à l'état civil 80% des répondants sont célibataires, alors que seulement 14.5% sont mariés et 5.5% sont divorcés ou vivent en union libre. Cette situation n'est pas surprenante puisque 81.6% des sujets sont âgés de 19 à 30 ans.

Tableau 1

Répartition des répondants selon l'âge, le sexe, la langue, l'ethnie, le nombre d'années universitaires et l'état civil.

CARACTÉRISTIQUES	N= 110	%
<u>Âge</u>		
19-26	83	75.5
27-35	14	12.7
36-52	13	11.8
<u>Sexe</u>		
Homme	14	12.7
Femme	96	87.3
<u>Langue utilisée quotidiennement</u>		
Anglais	80	72.7
Français	8	7.3
Anglais/Français	16	14.6
Anglais/Français/Autre	6	5.4
<u>Ethnie</u>		
Canadien-Anglais	57	51.8
Canadien-Français	20	18.2
Canadien-Européen	19	17.3
Canadien-Autres	11	10.0
Pas de réponse	3	2.7
<u>Nombre d'années universitaires complétées</u>		
0	10	9.1
1 an	25	22.7
2 ans	30	36.4
3 ans	16	14.5
4 ans	12	10.9
5 ans et plus	7	6.4
<u>État civil</u>		
Célibataire	88	80
Marié	16	14.5
Divorcé	4	3.6
Union libre	2	1.9

Le tableau 2 présente les différentes personnes vivant sous le même toit que le répondant. Ces personnes sont le partenaire du répondant et un ou plusieurs camarades de classe dans 29.1% des cas. La famille du répondant (parents, frères, soeurs) représente 33.6% des réponses, alors que le partenaire avec ou sans enfant, ou les enfants seulement est indiqué par 23.6% des répondants.

Tableau 2

Répartition des répondants selon les différentes personnes vivant sous le même toit que le répondant

CARACTÉRISTIQUES	N = 110	%
Seul	6	5.5
Partenaire	11	10.0
Partenaire et enfants	13	11.8
Enfant(s)	2	1.8
Parents	11	10.0
Parents/frères/soeurs	24	21.8
Frères et soeurs	2	1.8
Camarades de classe/partenaire	32	29.1
Camarades de classe/famille	9	8.2

Le tableau 3 indique la répartition des sujets selon le nombre de partenaires réguliers ou occasionnels et selon le nombre de partenaires sexuels. Environ 74.5% des répondants ont au moins un partenaire régulier ou occasionnel, 56.4% de l'échantillon mentionne avoir un partenaire sexuel régulier, alors que 16.3% des répondants indiquent n'avoir jamais eu de partenaires sexuels.

Tableau 3

Répartition des répondants selon le nombre de partenaires et le nombre de partenaires sexuels (N:110)

Caractéristiques	Partenaire		Partenaire sexuel	
	N	%	N	%
Un régulier	66	60.0	62	56.4
Plusieurs réguliers	3	2.7	3	2.7
Occasionnels	13	11.8	8	7.3
Aucun actuellement	28	25.5	19	17.3
Jamais eu partenaire sexuel	N.A	N.A	18	16.3
TOTAL	110	(100.0%)	110	(100.0%)

Le tableau 4 démontre que la télévision demeure un média favori chez 77% des répondants, suivi de la radio (31%), des revues (23%) et des journaux (19%). Seulement 5.5% des sujets ont mentionné l'ordinateur comme l'un des médias favoris. Rappelons ici que les sujets indiquaient un ou plusieurs médias favoris sans préciser un ordre de préférence.

Tableau 4

Répartition des répondants selon leur media favori par ordre de popularité (N:110)

CARACTÉRISTIQUES	N	%
Télévision	85	77.3
Radio	34	30.9
Revues	25	22.7
Journaux	21	19.1
Vidéo	10	9.1
Ordinateur	6	5.5
Livres et autres	1	.9
Total ⁽¹⁾	182	165.5%

(1) plus d'une réponse possible

L'échantillon de cette étude se divise en cinq groupes préalablement formés de façon aléatoire. Certaines explications s'imposent quant à la formation des groupes. Les étudiants qui composent les 5 groupes de l'échantillon proviennent des programmes de baccalauréat en sciences infirmières (général et post-diplôme) et du programme de baccalauréat en ergothérapie.

Les premiers sujets ont été recrutés dans le cadre du cours NSG 3302 Research in Nursing and Health. Ce cours s'offrait le lundi soir et le mercredi soir. La classe du lundi soir était constituée d'étudiants de première, deuxième et troisième année du programme de baccalauréat général en sciences infirmières dans une proportion de 52.2%, du programme de post-diplôme (29.3%), du programme d'ergothérapie (12%) et d'étudiants spéciaux (6.5%). La classe du mercredi soir se composait surtout d'étudiants de première et de deuxième année de baccalauréat dont 84% au programme de baccalauréat général en sciences infirmières et 16% au programme post-diplôme. Les sujets qui se sont portés volontaires dans ces deux classes du cours NSG 3302 forment les

groupes 1 (26 sujets), 2 (25 sujets) 3 (22 sujets) et 5 (17 sujets).

Les sujets qui forment le quatrième groupe ont été recrutés dans le cadre de deux cours offerts seulement aux sciences infirmières, soient les cours NSG 1316 Health Assessment et NSG 1210 Nursing and Health. Le groupe 4 (20 sujets) diffère des quatre autres groupes puisqu'il se compose uniquement d'étudiants (es) de première et deuxième année du nouveau curriculum au baccalauréat de base (français et anglais) en sciences infirmières.

Le tableau 5 présente la répartition des moyennes et écarts-types de l'âge des répondants selon le groupe. Il est intéressant de constater que le groupe le plus jeune s'avère le groupe 4 avec une moyenne d'âge de 20.6 ans, alors que le groupe 1 présente une moyenne d'âge de 29.28 ans et un écart-type de 9.65 et comprend le plus grand nombre de sujets plus âgés (soit 4 sujets dans la trentaine, 5 dans la quarantaine et 1 sujet de 51 ans). L'âge des répondants du groupe 1 s'étend de 19 à 51 ans, du groupe 2 de 21 à 36 ans (dont 3 sujets dans la trentaine), pour le groupe 3 de 20 à 52 ans (2 sujets dans la trentaine et un sujet de 52 ans), pour le groupe 4, de 19 à 24 ans, alors que pour le groupe 5 l'étendue d'âge est de 20 à 45 ans dont 2 sujets dans la trentaine et 2 sujets dans la quarantaine.

Tableau 5

Répartition des moyennes et écarts-types de l'âge des répondants selon le groupe

Groupes (n)	Âge moyen	Écart-Type	Minimum	Maximum
Groupe 1 (26)	29.28	9.65	19 ans	51 ans
Groupe 2 (25)	22.68	4.07	21 ans	36 ans
Groupe 3 (22)	24.77	7.80	20 ans	52 ans
Groupe 4 (20)	20.6	1.39	19 ans	24 ans
Groupe 5 (17)	25.95	8.46	20 ans	45 ans

Au tableau 6, les sujets sont répartis pour chacun des groupes en fonction de l'âge, du sexe et de l'activité sexuelle. Plus de la moitié de tous les répondants, i.e 73 sujets (66.3%) sont actifs sexuellement, alors que 18 répondants (16.3%) ont indiqué n'avoir jamais eu de relation sexuelle. Le groupe 3 semble le plus actif sexuellement avec 20 sujets sur 22 dont 19 femmes la plupart âgées entre 19 et 26 ans (15) et 1 homme âgé de 28 ans.

Tableau 6

Répartition des sujets pour chacun des groupes, selon l'âge, le sexe et l'activité sexuelle (N=110)

Groupes	Âge		Sexe		Activité sexuelle		
	19-26	27-52	M	F	Actuel	Ant.	Jamais
Groupe 1 n = 26	13	13	2	24	13	6	7
Groupe 2 n = 25	21	4	4	21	17	5	3
Groupe 3 n = 22	17	5	2	20	20	0	2
Groupe 4 n = 20	20	0	3	17	13	4	3
Groupe 5 n = 17	12	5	2	15	10	4	3
TOTAL N = 110	83	27	13	97	73	19	18

4.1.2 Niveau des connaissances relatives au VIH et au SIDA

Le niveau des connaissances relatives au VIH et au SIDA a été mesuré chez les répondants, à l'aide d'un questionnaire présenté sous forme d'échelle en 3 points. Le répondant devait indiquer à chacun des huit énoncés si cet énoncé était vrai, faux, ou ne sais pas. Le tableau 7 présente la répartition des scores moyens obtenus pour chacun des groupes et pour l'ensemble des groupes, à l'échelle des connaissances relatives au VIH et au SIDA. Ces résultats démontrent un bon niveau de connaissances concernant le VIH et le SIDA pour l'ensemble des sujets avec une moyenne de 6.60 sur une possibilité de 8.00. Le niveau de connaissances est sensiblement le même pour chacun des groupes avec des scores variant de 6.32 à 6.73 (± 0.789 à 1.08).

Tableau 7

Répartition des scores moyens obtenus pour chacun des groupes pour l'échelle des connaissances relatives au VIH et au SIDA

Groupes (n)	Score Moyen	Ecart-Type	Minimum*	Maximum*
Groupe 1 - (26)	6.73	1.08	4	8
Groupe 2 - (25)	6.32	0.94	4	8
Groupe 3 - (22)	6.63	0.78	5	8
Groupe 4 - (20)	6.60	0.99	4	8
Groupe 5 - (17)	6.70	0.98	5	8
TOTAL - N:110	6.60	0.95	4.4	8

* Score total minimum et maximum

Le tableau 8 présente la répartition des fréquences relatives des réponses obtenues à chacun des items de cette échelle selon le groupe et pour l'ensemble des groupes. Ces résultats démontrent que la plupart des items (5 sur 8) sont bien connus des sujets et font presque l'unanimité dans les réponses. Cependant, les réponses obtenues aux items 4, 5 et 8 sont partagées. Les réponses obtenues à l'item 4 (People who have HIV never thought they'd get it) se distribuent comme suit: 66 vrais, 17 faux et 27 je ne sais pas. Ces résultats démontrent que 60% des sujets croient que cet énoncé est vrai, alors que près du quart (24.6%) ne savent pas si cet énoncé est vrai ou faux. Le pourcentage d'incertains laisse présumer un manque de clarté au niveau de la formulation de l'item. Les réponses obtenues à l'item 5 (Knowing your partner before having sex is a good way to prevent getting HIV) sont partagées presque moitié-moitié avec 55 vrais et 49 faux. La compréhension de l'item 5 étant différente pour près de la moitié des répondants, pourrait mettre en doute la formulation de l'item plutôt que les connaissances des répondants. Les

réponses obtenues à l'item 8 (An individual can have HIV and not test positive for HIV-AIDS for up to ten years) démontre que près du tiers (35 sujets) des répondants n'ont pas répondu correctement à cet item, ce qui reflète un manque de connaissances chez les sujets puisque cet item fait purement appel aux connaissances.

En somme, la formulation des items 4 et 5 est à revoir, puisque ces items tels que formulés ne permettent pas de mesurer les connaissances des sujets, alors que l'item 8 semble être un item à conserver pour mesurer les connaissances.

Tableau 8

Répartition des fréquences relatives des réponses aux items de l'échelle des connaissances selon le groupe

Choix de réponses				
	True	False	Don't Know	No Answer
Item #1 / groupes - HIV is the virus that causes Aids (True)				
Groupe 1 (n:26)	26	0	0	0
Groupe 2 (n:25)	23	2	0	0
Groupe 3 (n:22)	22	0	0	0
Groupe 4 (n:20)	20	0	0	0
Groupe 5 (n:17)	17	0	0	0
TOTAL (N:110)	108	2	0	0
Item #2 / groupes - AIDS is an infectious disease caused by a virus (True)				
Groupe 1 (n:26)	23	2	0	1
Groupe 2 (n:25)	21	3	1	0
Groupe 3 (n:22)	22	0	0	0
Groupe 4 (n:20)	18	2	0	0
Groupe 5 (n:17)	17	0	0	0
TOTAL (N:110)	101	7	1	1
Item #3 / groupes - Looking at a person is enough to tell if they have Aids (False)				
Groupe 1 (n:26)	0	26	0	0
Groupe 2 (n:25)	0	24	0	0
Groupe 3 (n:22)	0	22	0	0
Groupe 4 (n:20)	0	19	1	0
Groupe 5 (n:17)	0	17	0	0
TOTAL (N:110)	0	109	1	0

Item #4 / groupes - People who have HIV never thought they'd get it (True)				
Groupe 1 (n:26)	18	4	4	0
Groupe 2 (n:25)	14	3	8	0
Groupe 3 (n:22)	9	6	7	0
Groupe 4 (n:20)	15	3	2	0
Groupe 5 (n:17)	10	1	6	0
TOTAL (N:110)	66	17	27	0
Item #5 / groupes - Knowing your partner before having sex is a good way to prevent getting HIV (False)				
Groupe 1 (n:26)	11	14	0	1
Groupe 2 (n:25)	9	12	3	1
Groupe 3 (n:22)	13	9	0	0
Groupe 4 (n:20)	13	7	0	0
Groupe 5 (n:17)	9	7	1	0
TOTAL (N:110)	55	49	4	2
Item #6 / groupes - A person can be identified with HIV and not have Aids (True)				
Groupe 1 (n:26)	25	1	0	0
Groupe 2 (n:25)	25	0	0	0
Groupe 3 (n:22)	22	0	0	0
Groupe 4 (n:20)	19	1	0	0
Groupe 5 (n:17)	17	0	0	0
TOTAL (N:110)	108	2	0	0
Item #7 / groupes - Any person with the Aids virus can pass it on to someone else through sexual intercourse (True)				
Groupe 1 (n:26)	25	1	0	0
Groupe 2 (n:25)	25	0	0	0
Groupe 3 (n:22)	21	1	0	0
Groupe 4 (n:20)	20	0	0	0
Groupe 5 (n:17)	17	0	0	0
TOTAL (N:110)	108	2	0	0

Item #8 / groupes - An individual can have HIV and not test positive for HIV-AIDS for up to ten years (True)				
Groupe 1 (n:26)	18	4	4	0
Groupe 2 (n:25)	13	8	4	0
Groupe 3 (n:22)	18	2	2	0
Groupe 4 (n:20)	14	2	4	0
Groupe 5 (n:17)	11	2	3	1
TOTAL (N:110)	74	16	19	1

4.1.3 Scores moyens obtenus pour chaque dimension du GOMS

Les données relatives aux composantes d'un message de santé (persuasion, menace, efficacité) ont été recueillies à l'aide de la grille GOMS. Cette grille est composée de 40 items dont 21 (section C-1) selon une échelle de différenciation sémantique en 5 points couvrant la dimension persuasion et 19 (section C-2) selon une échelle de type likert toujours en 5 points, allant de fortement en accord à fortement en désaccord, concernant les dimensions menace et efficacité. Cette grille a été construite à partir du cadre conceptuel de Witte (1992) et vise à recueillir les réactions d'un public à la forme et au contenu de cinq messages de santé télévisés sur le sida.

Le tableau 9 présente d'abord, la répartition des sujets selon le visionnement préalable de chacun des messages présentés et selon le groupe. Peu de sujets ont déjà vu un ou plusieurs de ces messages. Parmi les messages les plus vus, il y a **Automatic** et le **HIV-positive** qui ont été vus par 10% de tous les sujets de l'échantillon.

Tableau 9

Répartition des sujets selon le visionnement préalable de chacun des messages présentés et selon le groupe (N=110)

Messages présentés	GROUPES					TOTAL
	1 (n:26)	2 (n:25)	3 (n:22)	4 (n:20)	5 (n:17)	
Automatic (x ₁)	2	3	2	2	2	11
Turned down (x ₂)	0	1	0	0	0	1
Mirror (x ₃)	1	1	1	0	1	4
Sofa (x ₄)	1	1	0	1	2	5
HIV positive (x ₅)	3	4	2	1	1	11

Le tableau 10 montre la répartition des scores moyens obtenus pour la dimension persuasion de la grille GOMS, selon le groupe et selon la séquence de présentation des messages de santé télévisés. Le score total possible pour cette échelle s'étend de 21 à 105. Peu de variation existe entre les scores moyens obtenus selon le groupe et selon la séquence de présentation des messages de santé télévisés, ces scores s'étendent de 63.12 à 82.60. Cependant, des écarts-types allant de 6.00 à 12.32 laissent croire à des variations plus importantes au niveau des scores de chacun des sujets d'un même groupe et ce pour chacun des groupes et chacun des messages.

Tableau 10

Répartition des scores moyens obtenus pour la dimension **persuasion** du GOMS selon le groupe et selon la séquence de présentation du message

Messages	GROUPES											
	1 (n:26)		2 (n:25)		3 (n:22)		4 (n:20)		5 (n:17)		(N=110) Pour chaque message	
	\bar{x}	e.t	\bar{x}	e.t	\bar{x}	e.t	\bar{x}	e.t	\bar{x}	e.t	\bar{x}	e.t
Automatic	74.86 (1)	9.90	71.96 (5)	6.90	66.13 (3)	7.66	69.50 (2)	8.50	79.00 (1)	8.25	72.31	8.24
Turned down	75.64 (2)	8.98	81.83 (1)	6.23	69.47 (5)	8.78	71.25 (4)	7.05	65.11 (3)	10.40	72.66	8.28
Mirror	63.96 (3)	11.53	63.12 (3)	8.90	72.45 (4)	7.45	82.60 (1)	7.88	70.64 (5)	7.23	70.55	8.60
Sofa	77.84 (4)	12.32	76.70 (2)	6.10	69.68 (2)	8.67	68.30 (5)	6.00	72.64 (2)	8.72	73.03	8.36
HIV +	72.23 (5)	7.32	75.56 (4)	7.93	81.54 (1)	7.96	65.05 (3)	7.23	75.05 (4)	7.22	73.88	7.53
Total pour chaque groupe	72.92	10.01	73.82	7.21	71.85	8.10	71.34	7.33	72.49	8.36	72.48	8.20

() Le chiffre entre parenthèses indique la séquence de présentation du message
Items recodés avant le calcul des scores

Les tableaux 11 et 12 présentent la répartition des scores moyens obtenus pour les dimensions menace et efficacité du GOMS selon le groupe et selon la séquence de présentation des messages de santé télévisés. L'étendue des scores possibles pour la dimension menace est de 10 à 50. Les scores moyens obtenus pour cette dimension, vont de 34.40 à 39.35. L'étendue des scores possibles pour la dimension efficacité est de 9 à 45, les scores moyens obtenus se situent entre 25.04 et 29.4. En somme, peu de variation existe entre les scores moyens obtenus, selon le groupe et selon la séquence de présentation, tant au niveau de la dimension menace que de la dimension efficacité. Toutefois, des écarts-types allant de 2.40 à 9.93 pour la dimension menace et de 3.15 à 11.84 pour la dimension efficacité suggèrent des variations plus importantes dans les scores de chacun des sujets d'un même groupe et ce pour chacun des groupes et chacun des messages.

Tableau 11

Répartition des scores moyens obtenus pour la dimension **menace** du GOMS selon le groupe et selon la séquence de présentation du message

GROUPES												
Messages	1 (n:26)		2 (n:25)		3 (n:22)		4 (n:20)		5 (n:17)		(N=110) Pour chaque message	
	\bar{x}	c.t	\bar{x}	c.t								
Automatic	37.25	3.80	35.08	3.00	36.45	3.06	34.50	5.32	39.35	7.07	36.50	4.45
	(1)		(5)		(3)		(2)		(1)			
Turned down	36.25	3.55	35.32	3.38	36.95	2.60	34.40	4.83	38.50	9.63	36.28	4.79
	(2)		(1)		(5)		(4)		(3)			
Mirror	35.70	3.58	35.52	3.05	36.09	2.89	34.95	4.95	38.47	9.52	36.14	4.79
	(3)		(3)		(4)		(1)		(5)			
Sofa	35.50	3.96	35.16	2.40	36.04	3.15	34.45	5.24	38.31	9.93	35.89	4.93
	(4)		(2)		(2)		(5)		(2)			
HIV +	35.41	3.74	35.24	3.09	36.13	3.19	35.84	4.45	39.11	9.47	36.34	4.78
	(5)		(4)		(1)		(3)		(4)			
Total pour chaque groupe	36.02	3.72	35.26	2.98	36.33	2.97	34.82	4.95	38.74	9.12	36.23	4.74

() Le chiffre entre parenthèses indique la séquence de présentation du message

Items recodés avant le calcul des scores

Tableau 12

Répartition des scores moyens obtenus pour la dimension **efficacité** du GOMS selon le groupe et selon la séquence de présentation du message

GROUPES												
Messages	1 (n:26)		2 (n:25)		3 (n:22)		4 (n:20)		5 (n:17)		(N=110) Pour chaque message	
	\bar{x}	e.t	\bar{x}	e.t								
Automatic	28.00	6.23	26.17	3.73	25.40	3.81	26.40	4.98	28.82	10.33	26.95	5.81
	(1)		(5)		(3)		(2)		(1)			
Turned down	26.33	5.84	25.87	3.44	25.47	3.41	26.10	4.59	28.56	11.73	26.46	5.80
	(2)		(1)		(5)		(4)		(3)			
Mirror	27.56	4.68	25.83	3.38	25.54	3.33	26.70	4.57	29.41	11.84	27.00	5.56
	(3)		(3)		(4)		(1)		(5)			
Sofa	26.50	5.01	25.68	3.15	25.09	3.59	26.35	5.06	27.94	11.83	26.31	5.72
	(4)		(2)		(2)		(5)		(2)			
HIV +	26.70	5.52	26.20	3.25	25.04	3.34	27.10	3.75	29.05	11.01	26.81	5.37
	(5)		(4)		(1)		(3)		(4)			
Total pour chaque groupe	27.00	5.45	25.95	3.39	25.30	3.49	26.53	4.59	28.75	11.34	26.70	5.65

() Le chiffre entre parenthèses indique la séquence de présentation du message

Items recodés avant le calcul des scores

4.2 Analyses de validation

Les aspects relatifs à la validation portent à la fois sur la fidélité et sur la validité de l'instrument. Dans le processus de validation du GOMS, deux types de validation sont effectués; la validité de contenu, puis la validité des concepts opérationnels et de la structure interne du GOMS. L'analyse des items et la consistance interne fournissent les informations nécessaires à la validité de contenu. L'analyse des items est effectuée par le calcul de fréquences relatives pour chacun des items des trois dimensions du GOMS. Pour vérifier la consistance interne de la grille GOMS et de chacune des dimensions, les techniques choisies sont le calcul du coefficient alpha de Cronbach et les autres mesures de fidélité moitié-moitié selon les procédés de Guttman et de Spearman- Brown. La validité des concepts opérationnels réfère à l'étude des concepts mesurés et s'effectue par une analyse factorielle en composante principale pour vérifier la structure dimensionnelle de l'instrument. L'analyse factorielle permet de ressortir le nombre de dimensions ou concepts impliqués dans la variation des résultats (technique orthogonale). Enfin, pour vérifier la fidélité inter et intra-groupe du GOMS et de chacune des dimensions l'approche statistique utilisée est l'analyse de variance à plusieurs dimensions.

La présente section décrit les activités qui ont présidé à la réalisation des étapes de validation du GOMS et présente les résultats obtenus aux analyses de validation.

4.2.1 Analyse des items

L'analyse des items demeure selon Engelsmann (1982) une des premières étapes de validation car l'éventail de distribution des réponses influence autant la fidélité que la validité d'un instrument. L'analyse des items permet de vérifier la contribution de chacun des items à la valeur psychométrique de l'instrument.

Les items sont analysés quantitativement et qualitativement. L'analyse quantitative consiste essentiellement à mesurer le niveau de difficulté d'un item et se rapporte à la répartition des sujets selon les réponses à chacun des choix offerts. Quant à l'analyse qualitative, celle-ci consiste à déterminer si l'item mesure réellement ce qu'il doit mesurer et se vérifie, par la validité de contenu et par la validité des concepts.

Les items du GOMS ont été calculés selon la proportion de réponses obtenues aux 5 points de chacun des items pour chaque dimension du GOMS et pour chacun des 5 messages visionnés, indépendamment de la séquence de présentation. Ces données se rapportent à la "difficulté d'un item" (Engelsmann, 1982) et à sa capacité métrologique, c'est-à-dire la capacité de représentativité de l'item à démontrer le phénomène particulier étudié. La proportion acceptable d'une répartition suggérée par Engelsmann (1982) se situe entre 17% et 83% pour chacun des items. Les tableaux présentés à l'annexe B montrent la répartition des fréquences relatives obtenues pour chacun des items de chaque sous-dimension de persuasion et pour les dimensions de menace et efficacité.

En regard des données présentées dans ces tableaux, il semble que la plupart des items de la dimension persuasion du GOMS contribuent à la puissance métrologique et discriminante du GOMS, sauf certains items dont la répartition des réponses s'étend en deça de 17% puis au delà de 83% et dont les kurtosis sont plus élevés que + ou - 1.0. Ces items sont les suivants: "Interesting/Boring" (k=1.55), "Too short/Too long" (k=1.97), "Sad/Fun" (k=3.55), "Lively/Dull" (k=4.42), "Confusing/Straight" (k=1.39), "Useful/Useless" (k=2.11), "Angry/Calm" (k=-1.36), et "Amused/Not Amused" (k=3.80).

La répartition des fréquences relatives pour plusieurs items de la dimension menace et de la dimension efficacité ne répond pas aux paramètres de représentativité d'un item se situant entre 17% et 83% des réponses selon Engelsmann (1982), de plus ces items ont des kurtosis très élevés. Ces résultats soulèvent le doute quant à la contribution de ces items à la valeur métrologique et discriminante de cette section du GOMS couvrant les dimensions de menace et efficacité. Ces items sont les suivants: pour la dimension menace; "It can't happen to me" ($k=1.293$), "I need an exciting life, so I don't bother about using a condom" ($k=8.68$), "I never got any STD'S, so I'm not afraid of AIDS" ($k=2.56$), "I only have sex occasionally, so I am not at risk" ($k=5.67$), "Anybody can get AIDS" ($k=8.99$) et "I believe, that I shouldn't take risks these days, so I use a condom" ($k=5.09$) et pour la dimension efficacité; "I don't mind using a condom" ($k=8.96$), "I am responsible for my own health" ($k=32.32$), "I'm not afraid to be rejected, if I ask my partner to use a condom" ($k=5.80$) "Good use of latex condom can prevent the spread of HIV" ($k=2.24$) et enfin "I always use a condom until we know we are both safe" ($k=2.12$).

De plus, il apparaît qu'une échelle en 3 ou 4 points plutôt qu'en 5 points puisse être suffisante tant pour la dimension persuasion que pour les dimensions menace et efficacité du GOMS, puisque les fréquences relatives obtenues sont toujours faibles à l'une ou l'autre extrémité de l'échelle. Une échelle en 4 points force les indécis à prendre position fournissant ainsi un plus clair portrait des résultats.

4.2.2 Consistance interne du GOMS et de chacune des dimensions

La fidélité d'un instrument se reflète par la consistance interne dont la mesure par excellence est le coefficient alpha de Cronbach. Les autres mesures de fidélité sont la

fidélité moitié-moitié selon les procédés de Guttman et de Spearman-Brown. Ces résultats renseignent sur l'homogénéité entre les items pairs/impairs et 1re moitié/2e moitié respectivement. Les résultats de ces diverses analyses de fidélité pour le GOMS et pour chacune des dimensions effectuées au temps 1 (T 1) sont présentés aux tableaux 13, 14 et 15, alors que les résultats de ces mêmes analyses effectuées au temps 4 (T 4) sont démontrés aux tableaux 16, 17 et 18.

Tableau 13

Analyses de consistance interne et d'homogénéité du GOMS (Temps 1)

Analyses	Persuasion	Menace et efficacité	GOMS Total
Alpha de Cronbach	.79	.69	.70
Guttman	.75	.59	- .45
Spearman-Brown	.75	.61	- .46
\bar{x} des corrélations inter-items	.18	.07	.04

Tableau 14

Analyses de consistance interne et d'homogénéité de la dimension persuasion du GOMS

et de chacune des sous-dimensions (Temps 1)

Analyses	Style	Contenu	sentiment	Persuasion Total
Alpha de Cronbach	.65	.83	.71	.79
Guttman	.64	.78	.71	.75
Spearman-Brown	.64	.81	.71	.75
\bar{x} des corrélations inter-items	.21	.45	.27	.18

Tableau 15

Analyses de consistance interne et d'homogénéité des dimensions menace et efficacité
du GOMS (Temps 1)

Analyses	Menace	Efficacité	Total Menace et Efficacité
Alpha de Cronbach	.47	.67	.69
Guttman	.30	.57	.59
Spearman-Brown	.31	.57	.61
\bar{x} des corrélations inter-items	.08	.18	.07

Tableau 16

Analyses de consistance interne et d'homogénéité du GOMS (Temps 4)

Analyses	Persuasion	Menace et efficacité	GOMS Total
Alpha de Cronbach	.79	.70	.62
Guttman	.79	.70	- .49
Spearman-Brown	.79	.71	- .38
\bar{x} des corrélations inter-items	.16	.12	.04

Tableau 17

Analyses de consistance interne et d'homogénéité de la dimension persuasion du GOMS
et de chacune des sous-dimensions (Temps 4)

Analyses	Style	Contenu	sentiment	Persuasion Total
Alpha de Cronbach	.67	.79	.70	.79
Guttman	.72	.75	.75	.79
Spearman-Brown	.72	.76	.75	.79
\bar{x} des corrélations inter-items	.18	.35	.17	.16

Tableau 18

Analyses de consistance interne et d'homogénéité des dimensions menace et efficacité
du GOMS (Temps 4)

Analyses	Menace	Efficacité	Total Menace et Efficacité
Alpha de Cronbach	.50	.65	.60
Guttman	.32	.56	.64
Spearman-Brown	.31	.57	.66
\bar{x} des corrélations inter-items	.08	.12	.06

La consistance interne pour l'échantillon total calculée sur l'ensemble des 40 items du GOMS au temps 1, donne un coefficient de .70 à l'alpha de Cronbach, de .45 pour le Guttman et de .46 pour le Spearman-Brown, alors qu'au temps 4 (T 4) les coefficients sont de .62 à l'alpha de Cronbach, de .49 pour le Guttman et de .38 pour le Spearman-Brown. La consistance interne pour l'échantillon total calculée sur l'ensemble

des 21 items de la dimension persuasion du GOMS présente un coefficient de .79 à l'alpha de Cronbach aux temps 1 et 4. Les résultats se maintiennent pour deux des trois sous-dimensions de persuasion, au temps 1 et au temps 4, soit: .71(T 1) .70 (T 4) pour la sous-dimension sentiment et .83 (T 1) .79 (T4) pour la sous-dimension contenu. La sous-dimension style affiche un alpha de Cronbach un peu plus bas au temps 1 comme au temps 4, c'est-à-dire de .65 (T 1) et de .67 (T 4). Enfin, la consistance interne pour l'échantillon total de l'ensemble des 19 items des dimensions menace et efficacité démontre un coefficient alpha de Cronbach de .69 (T 1) et de .60 (T 4). Pour la dimension efficacité ce coefficient est de .67 (T 1) et de .65 (T 4), alors que pour la dimension menace il est seulement de .47(T 1) et .50 (T 4).

La norme minimale de l'alpha considérée acceptable selon Cronbach (1971), est de l'ordre de .70. D'autres auteurs tels Churchill (1979) considèrent qu'un alpha se situant entre .50 et .60 est un minimum acceptable dans le cadre d'une première étude de validation. À l'autre extrême, Cattell (1977) fait une mise en garde relative aux résultats trop élevés, en indiquant qu'ils pourraient provenir d'items trop similaires ou même redondants. Cependant, Cattell ne précise pas ce qu'il considère trop élevé, laissant ainsi place à l'interprétation.

Des matrices de corrélation ont été construites afin d'étudier les corrélations entre les items d'une même dimension et ce pour chacune des trois dimensions du GOMS: persuasion, menace et efficacité, au temps 1 et au temps 4. Ces matrices sont présentées à l'annexe C. Au temps 1, l'étendue des corrélations entre les items formant la dimension persuasion se situe entre -.001 et .61, alors que la moyenne est de .29. (Kaiser Meyer Olkin (.79)). La corrélation maximale de .61 se retrouve entre les items: "Relevant-

Irrelevant” et “Useful-Useless”, alors que la corrélation minimale $-.001$ se situe entre les items: “Comforted-Alarmed” et “Too short-Too-long”. L’étendue des corrélations entre les items de la dimension menace (T 1) démontre une corrélation maximale de $.46$ entre les items “I need an exciting life so I don’t bother about using a condom” et “My partner does not talk about HIV/AIDS with me”. Une corrélation minimale de $-.003$ se retrouve entre les items suivants: “I only have sex occasionally so I am not at risk” et “I believe that I shouldn’t take risks these days, so I use a condom”. La corrélation moyenne pour la dimension menace (T 1) est de $.23$. (Kaiser Meyer Olkin ($.70$)). Enfin, toujours au temps 1, l’étendue des corrélations entre les items de la dimension efficacité est de $.01$ à $.57$ avec une moyenne de $.36$. (Kaiser Meyer Olkin ($.69$)). La corrélation entre “I have less pleasure if I use a condom” et “My partner doesn’t like to use a condom” est de $.57$, tandis que les items “Good use of latex condom can prevent the spread of HIV” et “I am not afraid to be rejected if I ask my partner to use a condom” n’obtiennent que $.01$.

Au temps 4, l’étendue des corrélations entre les items formant la dimension persuasion se situe entre $.00$ et $.79$, alors que la moyenne est de $.04$ (Kaiser Meyer Olkin ($.80$)). La corrélation maximale de $.79$ se retrouve entre les items: “Bad-Good” et “Interesting-Boring”, alors que plusieurs corrélations (7) présentent un coefficient de $.00$. L’étendue des corrélations entre les items de la dimension menace montre une corrélation maximale de $.39$ entre les items “I see myself as a person at risk” et “I don’t think I’m at risk because I have a regular partner” et aussi entre les items “I never got any STD’s, so I am not afraid of aids” et “I don’t think I’m at risk because I have a regular partner”. Il n’y a pas de corrélation ($.00$) entre les items “I see myself as a person at risk” et “My partner does not talk about HIV/AIDS”. La corrélation moyenne est de $.07$ pour la

dimension menace (T 4) (Kaiser Meyer Olkin (.67)). Toujours au temps 4, l'étendue des corrélations entre les items de la dimension efficacité est de .00 à .55 avec une moyenne de .19 (Kaiser Meyer Olkin (.67)). La corrélation entre les items "It's easy to do: Refuse sex if no condom" et "I am not afraid to be rejected if I ask my partner to use a condom" est de .55, alors que 3 corrélations montrent un coefficient de .00.

Il ressort de l'étude des corrélations des items de chacune des dimensions du GOMS, qu'au temps 1 comme au temps 4, certains items ne contribuent que faiblement à l'expression de la dimension. L'item "Comforted-Alarmed" pour la dimension persuasion, en est un exemple avec des corrélations de -.001 et de -.006 (T 1). Au temps 4, l'item Too short-too long présente des corrélations de .00 et de .08. Les items "Anybody can get AIDS" (.007); et "I believe that I shouldn't take risks these days, so I use a condom" (-.003) pour la dimension menace (T1) en sont d'autres exemples, tout comme l'item "Good use of playtex condom can prevent the spread of HIV" avec des corrélations de .01, .05 et .09 (T1) et de .05 et .00 (T4) pour la dimension efficacité.

4.2.3 Validité des concepts opérationnels et de la structure interne du GOMS

Analyses préliminaires

Différentes analyses factorielles en composante principale et par rotation orthogonale ont été effectuées au temps 1 et au temps 4 afin de vérifier la validité des concepts opérationnels. Ce type d'analyse requiert que les données se conforment à certaines prémisses de base. Il faut d'abord s'assurer d'un nombre suffisant de sujets par item, soit un minimum de 5 sujets par item (Tabachnick et Fidell, 1989). Le GOMS se compose de 40 items dont 21 items mesurant la dimension persuasion (section C-1) et 19 items représentant les dimensions menace et efficacité (section C-2). L'échantillon de cette étude se compose de 110 sujets, ce nombre est suffisant pour effectuer une analyse

factorielle indépendante sur chacune des sections du GOMS (C-1, C-2).

Il faut aussi identifier et éliminer les sujets ayant des données manquantes. Dans cette étude 11 des 110 questionnaires complétés sont incomplets: l'échelle des connaissances est incomplète pour les sujets 11, 27, 102 et 105; la section C-1 (persuasion) du GOMS comprend des données manquantes pour les sujets 11, 29, 95 et 99; alors que la section C-2 (menace et efficacité) est incomplète pour les sujets 7 et 44; enfin le sujet 101 n'indique pas s'il a déjà vu le premier message qui lui a été présenté. En somme, les données manquantes apparaissent de façon aléatoire et se répartissent dans les 5 groupes. Ces sujets sont éliminés des analyses subséquentes au moyen de "listwise deletion".

Il faut ensuite identifier et éliminer les scores se démarquant significativement de l'ensemble des réponses tant au niveau univarié que multivarié. Au niveau univarié, la présence de sujets aberrants (outliers) a été examinée à l'aide des scores z. La présence de scores z plus grand que (3.0) indique un score se démarquant significativement de l'ensemble des réponses. L'examen des scores z obtenus par chaque sujet sur chacune des variables ne révèle la présence d'aucun sujet aberrant univarié.

Au niveau multivarié, la présence de sujets aberrants a été évaluée à l'aide de la distance Mahalanobis. Des analyses de régression multiple ont permis d'identifier quatre sujets (81, 96, 101 et 102) ayant des scores se démarquant significativement des scores des autres sujets de l'étude pour l'ensemble des réponses obtenues. Ces répondants ont été respectivement éliminés avant de faire les différentes analyses factorielles.

Le sujet 81 fait partie du groupe 4, est âgé de 21 ans, de sexe féminin, célibataire et actif sexuellement. Le sujet 96 fait partie du groupe 5, est âgé de 28 ans, de sexe

masculin, célibataire, n'a jamais eu de relations sexuelles et présente plusieurs réponses 3 (undecided) à la section C-2 de l'instrument. Le sujet 101 fait partie du groupe 5, est âgé de 37 ans, de sexe féminin, marié, actif sexuellement et présente plusieurs réponses 3 (undecided) dans les deux sections de l'instrument. Enfin, le sujet 102 fait partie du groupe 5, est âgé de 36 ans, de sexe féminin, divorcé et présentement non actif sexuellement.

La normalité, la linéarité et l'homoscédasticité des variables ont été vérifiées au temps 1 comme au temps 4. Au niveau univarié, la normalité de la distribution des variables a été examinée à l'aide des valeurs d'asymétrie et de kurtose pour chacune des variables. L'examen de ces valeurs ne révèle aucune valeur d'asymétrie et de kurtose excédant 1.0, ce qui indique une distribution normale des variables à l'étude. Au plan multivarié, la normalité, la linéarité et l'homoscédasticité présentent aucune anomalie (annexe H). Il y a normalité lorsque: "the residuals are normally and independently distributed" Il y a linéarité lorsque: "there is a straight ligne relationship between two variables (where one or both of the variables can itself be a combination of several variables)"et enfin il y a homoscédasticité lorsque: "the variability in scores for one variable is roughly the same at all values of the other variable"(Tabachnick et Fidell, 1989).

La multicollinéarité et la singularité entre les variables ne présentent pas de problème. Elles ont été vérifiées par l'examen des matrices de corrélation qui ne démontrent aucune corrélation excédant .90 (annexe C) et par l'inspection des communalités initiales qui ne présentent aucune valeur excédant .85 (annexe H).

L'analyse factorielle permet de regrouper les items en facteurs et d'inclure ou exclure certains items pour déterminer l'ensemble des items qui exprime le mieux chacun des facteurs. Dans cette étude, l'analyse factorielle vise à vérifier le nombre de facteurs qui composent le GOMS et la contribution des items à chacun des facteurs. Les tableaux 19 à 30 inclusivement présentent les résultats des analyses factorielles en composante principale et par rotation orthogonale qui ont été effectuées pour chaque dimension du GOMS au temps 1 et au temps 4.

Dans un premier temps, l'analyse factorielle en composante principale détermine le nombre minimum de facteurs indépendants pouvant produire les corrélations entre les variables. Tel que présenté aux tableaux 19 et 20, l'analyse factorielle en composante principale démontre qu'au temps 1, il faut 5 facteurs pour expliquer 61% de la variation à l'intérieur de la dimension persuasion du GOMS, alors qu'il faut 4 facteurs au temps 4 pour expliquer 70.5% de la variance à l'intérieur de la même dimension. Les résultats obtenus aux tableaux 21 et 22 indiquent qu'il faut 7 facteurs pour expliquer 69.7% de la variation à l'intérieur des dimensions de menace et efficacité du GOMS au temps 1 et 7 facteurs pour expliquer 67.1% de la variation à l'intérieur des mêmes dimensions du GOMS au temps 4.

Tableau 19

Analyse factorielle en composante principale pour la dimension persuasion du GOMS(Temps 1)

Facteurs	Eigenvalue	% de variation	% cumulatif
1	5.87	28.0	28.0
2	2.68	12.8	40.7
3	1.74	8.3	49.0
4	1.34	6.4	55.5
5	1.15	5.5	61.0
6	.92	4.4	65.4

Tableau 20

Analyse factorielle en composante principale pour la dimension persuasion du GOMS(Temps 4)

Facteurs	Eigenvalue	% de variation	% cumulatif
1	4.86	40.5	40.5
2	1.55	12.9	53.4
3	1.05	8.7	62.1
4	.99	8.3	70.5
5	.87	7.3	77.7
6	.63	5.3	83.0

Tableau 21

Analyse factorielle en composante principale pour les dimensions menace et efficacité du GOMS(Temps 1)

Facteurs	Eigenvalue	% de variation	% cumulatif
1	4.36	22.9	22.9
2	2.32	12.2	35.1
3	1.74	9.1	44.3
4	1.42	7.5	51.7
5	1.32	7.0	58.7
6	1.05	5.6	64.2
7	1.03	5.5	69.7
8	.80	4.2	73.9

Tableau 22

Analyse factorielle en composante principale pour les dimensions menace et efficacité du GOMS(Temps 4)

Facteurs	Eigenvalue	% de variation	% cumulatif
1	3.61	19.0	19.0
2	2.68	14.1	33.1
3	1.63	8.6	41.7
4	1.39	7.3	49.0
5	1.35	7.1	56.1
6	1.12	5.9	62.0
7	.97	5.1	67.1
8	.93	4.9	72.0

Dans la méthode de rotation orthogonale, le facteur est gardé à angle droit et les facteurs sont indépendants, c'est-à-dire non corrélés entre eux. Les résultats obtenus, aux temps 1 et 4, à l'analyse par rotation orthogonale en imposant le nombre de facteurs identifiés en théorie, soit 3 facteurs pour la dimension persuasion et 2 facteurs pour les dimensions menace et efficacité du GOMS sont présentés ci-après dans les tableaux 23 à

26. Suivant les résultats obtenus, des analyses factorielles par rotation orthogonale exploratoires ont été entreprises au temps 1, puis au temps 4 en imposant différents nombres de facteurs dans le but d'obtenir pour chaque dimension l'ensemble d'items exprimant le mieux chacun des facteurs. Les meilleures distributions d'items obtenues aux différentes analyses exploratoires indiquent 2 facteurs pour la dimension persuasion et 3 facteurs pour les dimensions de menace et efficacité au temps 1 comme au temps 4. Ces résultats sont présentés aux tableaux 27 à 30.

Les résultats présentés au tableau 23 montrent qu'au temps 1, 11 items saturent sur le premier facteur (contenu) dont 7 items (10-8-12-13-11-9-14) appartenant théoriquement à la sous-dimension contenu, 3 items de la sous-dimension style (5-1-3) et un item (16) de la sous-dimension sentiment. Le deuxième facteur (sentiment) regroupe 6 items dont 5 appartenant théoriquement à la sous-dimension sentiment (19-15-17-20-18) et un item de la sous-dimension style (4). Quant au troisième facteur (style), celui-ci ne regroupe que 4 items appartenant théoriquement aux sous-dimensions style et sentiment (7-6-2-et 21).

Au tableau 24, les résultats démontrent qu'au temps 4, 9 items saturent sur le premier facteur (contenu) dont les 7 mêmes items qu'au temps 1 (10-8-12-13-11-9-14) appartenant théoriquement à la sous-dimension contenu, 1 item de la sous-dimension style (5) et 1 item de la sous-dimension sentiment (16), le même qu'au temps 1. Le deuxième facteur (sentiment) regroupe 8 items, dont 5 appartenant théoriquement à la sous-dimension sentiment (19-15-17-20-18) (les mêmes qu'au temps 1) et 3 items de la sous-dimension style (1-2-7). Quant au troisième facteur (style), celui-ci ne regroupe que 4 items appartenant théoriquement aux sous-dimensions style et sentiment (6-21-4-3).

Les résultats obtenus à l'analyse factorielle par rotation orthogonale pour les dimensions de menace et efficacité du GOMS au temps 1 montrent au tableau 25 que 9 items saturent sur le premier facteur (efficacité) dont 6 items (25-40-29-34-38-37) appartenant théoriquement à la dimension efficacité et 3 items (30-39-31) à la dimension menace. Seulement 5 des 10 items restants saturent sur le deuxième facteur (menace) dont 4 d'entre eux (26-33-35-23) appartiennent théoriquement à la dimension menace, l'item 27 appartenant à la dimension efficacité.

Les résultats obtenus à l'analyse factorielle par rotation orthogonale pour les dimensions de menace et efficacité du GOMS au temps 4, montrent au tableau 26 que 8 items saturent sur le premier facteur (efficacité) dont 5 items efficacité, soit l'item 27 et les 4 items identifiés au temps 1 (40-29-34-25), 3 items menace, les mêmes qu'au temps 1 (30-39-31) et 3 items efficacité qui ne saturent sur aucun facteur (37-32-38). Seulement 6 items saturent sur le deuxième facteur (menace) dont 5 d'entre eux (33-35-26-23 mêmes items qu'au temps 1 et l'item 24) appartiennent théoriquement à la dimension menace, l'item 28 appartient à la dimension efficacité. Deux items de menace ne saturent sur aucun facteur (36-22).

Les résultats obtenus aux analyses factorielles par rotation orthogonale exploratoires pour les temps 1 et 4 sont présentés dans les tableaux 27 à 30. Ces résultats montrent la répartition des 21 items de la dimension persuasion sur deux facteurs et la répartition des 19 items de menace et efficacité sur trois facteurs. Au temps 1 (tableau 27), le premier facteur (contenu) de la dimension persuasion se compose de 13 items dont 7 items de la sous-dimension contenu (10-8-12-13-11-9-14), 5 items de la sous-dimension style (1-5-3-7-2) et un item de la sous-dimension sentiment (16), le deuxième facteur (sentiment) se compose de 8 items dont 6 items de la sous-dimension sentiment

(19-15-17-21-20-18) et 2 items de la sous-dimension style (4-6). Le tableau 28 montre qu'au temps 4, les items de la dimension persuasion se partagent comme suit: 12 items dont 7 items de la sous-dimension contenu (8-12-14-11-13-10-9) et 5 items de la sous-dimension style (2-7-5-3-1) composent le premier facteur(contenu), alors que 7 items sentiment (16-15-17-19-18-20-21) et 2 items style (4 et 6) forment le deuxième facteur (sentiment). Le tableau 29 présente la répartition des 19 items des dimensions de menace et efficacité au temps 1, selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire. Les items qui saturent sur le premier facteur(non menace) appartiennent à la menace (31-30-35) et à l'efficacité (34-38-25-40), alors que 5 (29-27-28-37-32) des 6 items qui saturent sur le deuxième facteur (efficacité) appartiennent à la dimension efficacité et enfin, les 6 items (33-23-36-26-24-22) qui saturent sur le troisième facteur (menace) sont tous des items liés à la menace. Au temps 4 (tableau 30) les items qui saturent sur le premier facteur (non menace) sont les mêmes qu'au temps 1, ils appartiennent à la menace (31-30-35) et à l'efficacité (34-25-38-40) alors que tous les items qui saturent sur le deuxième facteur(efficacité) appartiennent à la dimension efficacité et tous les items qui saturent sur le troisième facteur (menace)appartiennent à la dimension menace.

Tableau 23

Répartition des 21 items de la dimension persuasion du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale en imposant 3 facteurs (Temps 1)

Items ¹	Facteurs		
	1	2	3
R Convincing - Unconvincing (10)	.785		
R Informative - Not informative (8)	.744		
R Useful - Useless (12)	.644	.307	
R Relevant - Irrelevant (13)	.637	.388	
Confusing - Straightforward (11)	.574	.388	
R For all - For target (9)	.561		
Evasive - Direct (5)	.537		
Bad - Good (1)	.515		.481
R Talking to me - To someone (14)	.447		
Too short - Too long (3)	.434		
R Concerned - Unconcerned (16)	-.343		
Alpha de Cronbach : .83			
Angry - Calm (19)		.755	
Tensed - Relaxed (15)		.583	.443
Insecure - Secure (17)		.564	
Discouraged - Encouraged (20)		.512	
R Comforted - Alarmed (18)		.458	
Frightening - Reassuring (4)		.434	
Alpha de Cronbach : .71			
R Lively - Dull (7)			.672
Sad - Fun (6)			.643
R Amused - Not amused (21)		.315	.557
R Interesting - Boring (2)			.310
Alpha de Cronbach : .65			

^R Le R signifie que cet item a été recodé

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-1 du GOMS

Tableau 24

Répartition des 21 items de la dimension persuasion du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale en imposant 3 facteurs (Temps 4)

Items ¹	Facteurs		
	1	2	3
R Informative - Not informative (8)	.742		
Evasive - Direct (5)	.710		
R Useful - Useless (12)	.672	.440	
R Relevant - Irrelevant (13)	.635	.320	
Confusing - Straightforward (11)	.615	.337	
R Convincing - Unconvincing (10)	.604	.478	
R Talking to me - To someone (14)	.512		
R Concerned - Unconcerned (16)	-.343		
R For all - For target (9)	.561		
Alpha de Cronbach : .79			
Bad - Good (1)		.835	.432
R Interesting - Boring (2)		.775	.355
Angry - Calm (19)		.705	
Tensed - Relaxed (15)		.610	
Insecure - Secure (17)		.580	
R Lively - Dull (7)		.566	
Discouraged - Encouraged (20)		.468	
R Comforted - Alarmed (18)		.432	
Alpha de Cronbach : .70			
Sad - Fun (6)			.958
R Amused - Not Amused (21)			.536
Frightening - Reassuring (4)			.409
Too short - Too long (3)			.330
Alpha de Cronbach : .65			

^R Le R signifie que cet item a été recodé

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-1 du GOMS

Tableau 25

Répartition des 19 items des dimensions menace et efficacité du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale en imposant 2 facteurs (Temps 1)

Items ¹	Facteurs	
	1	2
I don't mind using a condom (25)	.723	
R Partner does not talk (30)	.713	
I believe I should'nt take risks (39)	.675	
Always use a condom (40)	.649	
Not afraid to ask to use condom (29)	.645	-.314
R Partner does not like (34)	.622	
R Need exciting life (31)	.566	
R Less pleasure if condom (38)	.500	
I feel at ease using a condom (37)	.363	
Alpha de Cronbach : .67		
It's easy, no sex if no condom (27)	.340	-.620
R Not at risk because have regular partner (26)		.492
R Never STD's so not afraid of AIDS (33)		.411
R Sex occasionally so not at risk (35)		.336
I see myself as a person at risk (23)		.322
Anybody can get AIDS (36)	—	—
R It can't happen to me (24)	—	—
I am preoccupied by HIV/AIDS (22)	—	—
I am responsible for my health (28)	—	—
Good use of condom prevents spread (32)	—	—
Alpha de Cronbach : .47		

^R Le R signifie que cet item a été recodé

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-2 du GOMS

Tableau 26

Répartition des 19 items des dimensions menace et efficacité du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale en imposant 2 facteurs (Temps 4)

Items ¹	Facteurs	
	1	2
It's easy, no sex if no condom (27)	.748	
I believe I should'nt take risks (39)	.706	
Not afraid to ask to use condom (29)	.688	
I don't mind using a condom (25)	.587	
R Partner does not talk (30)	.500	
R Partner does not like (34)	.454	
Always use a condom (40)	.387	
R Need exciting life (31)	.375	
I feel at ease using a condom (37)	—	—
Good use of condom prevents spread (32)	—	—
R Less pleasure if condom (38)	—	—
Alpha de Cronbach : .65		
R Never STD's so not afraid of AIDS (33)		.689
R Sex occasionally so not at risk (35)		.621
R Not at risk because have regular partner (26)		.582
I see myself as a person at risk (23)		.528
R It can't happen to me (24)		.470
I am responsible for my health (28)		.317
Anybody can get AIDS (36)		—
I am preoccupied by HIV/AIDS (22)		—
Alpha de Cronbach : .50		

^R Le R signifie que cet item a été recodé

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-2 du GOMS

Tableau 27

Répartition des 21 items de la dimension persuasion du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire (Temps 1)

Items ¹	Facteurs	
	1	2
R Convincing - Unconvincing (10)	.791	
R Informative - Not informative (8)	.743	
R Useful - Useless (12)	.661	
R Relevant - Irrelevant (13)	.645	.328
Confusing - Straightforward (11)	.602	.391
Bad - Good (1)	.573	.343
Evasive - Direct (5)	.565	
R For all - For target (9)	.562	
R Talking to me - To someone (14)	.483	.326
Too short - Too long (3)	.448	
R Lively - Dull (7)	.338	.333
R Concerned - Unconcerned (16)	.333	
R Interesting - Boring (2)	.325	
Alpha de Cronbach : .80		
Angry - Calm (19)		.803
Tensed - Relaxed (15)		.728
Insecure - Secure (17)		.531
R Amused - Not amused (21)		.528
Discouraged - Encouraged (20)		.438
R Comforted - Alarmed (18)		.408
Frightening -Reassuring (4)		.306
Sad - Fun (6)	.268	.298
Alpha de Cronbach : .85		

^R Le R signifie que cet item a été recodé

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-1 du GOMS

Tableau 28

Répartition des 21 items de la dimension persuasion du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire (Temps 4)

Items ¹	Facteurs	
	1	2
R Informative - Not informative (8)	.780	
R Useful - Useless (12)	.744	
R Talking to me - To someone (14)	.730	
R Interesting - Boring (2)	.701	
Confusing - Straightforward (10)	.668	.384
R Relevant - Irrelevant (13)	.659	.335
R Convincing - Unconvincing (10)	.644	
R Lively - Dull (7)	.581	.408
Evasive- Direct (5)	.554	
R For all - For target (9)	.543	
Too short - Too long (3)	.433	
Bad - Good (1)	.320	.306
Alpha de Cronbach : .79		
R Concerned - Unconcerned (16)		.784
Tensed - Relaxed (15)		.735
Insecure - Secure (17)		.712
Angry - Calm (19)		.680
R Comforted - Alarmed (18)		.602
Frightening-Reassuring (4)		.594
Discouraged - Encouraged (20)		.560
R Amused - Not amused (21)		.474
Sad - Fun (6)		.434
Alpha de Cronbach : .84		

^R Le R signifie que cet item a été recodé

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-1 du GOMS

Tableau 29

Répartition des 19 items des dimensions menace et efficacité du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire (Temps 1)

Items ¹	Facteurs		
	1	2	3
R Partner does not like (34)	.746		
R Need exciting life (31)	.695		
R Less pleasure if condom (38)	.667		
R Partner does not talk (30)	.660		
I don't mind using a condom (25)	.543	.458	
Always use a condom (40)	.513	.378	
R Sex occasionally so not at risk (35)	.358		
Alpha de Cronbach : .76			
I believe I should'nt take risks (39)	.330	.680	
Not afraid to ask to use condom (29)	.345	.591	
It's easy, no sex if no condom (27)		.590	-.327
I am responsible for my health (28)		.373	
I feel at ease using a condom (37)		.312	
Good use of condom prevents spread (32)	—	—	—
Alpha de Cronbach : .69			
R Never STD's so not afraid of AIDS (33)			.556
I see myself as a person at risk (23)			.501
Anybody can get AIDS(36)			.493
R Not at risk because have regular partner (26)			.476
R It can't happen to me (24)			-.466
I am preoccupied by HIV/AIDS (22)	—	—	—
Alpha de Cronbach : .60			

^R Le R signifie que cet item a été recodé

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-2 du GOMS

Tableau 30

Répartition des 19 items des dimensions menace et efficacité du GOMS selon la valeur maximale obtenue à l'analyse par rotation orthogonale exploratoire (Temps 4)

Items ¹	Facteurs		
	1	2	3
R Need exciting life (31)	.749		
R Partner does not like (34)	.688		
R Partner does not talk (30)	.656		
R Sex occasionally so not at risk (35)	.632		
I don't mind using a condom (25)	.572	.471	
R Less pleasure if condom (38)	.515		
Always use a condom (40)	.410	.376	
Alpha de Cronbach : .78			
I am responsible for my health (28)		.587	
Good use of condom prevents spread (32)		.585	
Not afraid to ask to use condom (29)		.556	
I feel at ease using a condom (37)		.511	
It's easy, no sex if no condom (27)		.483	
Good use of condom prevents spread (32)		—	
Alpha de Cronbach : .70			
I believe I should'nt take risks (39)		.491	.610
I see myself as a person at risk (23)			.591
Anybody can get AIDS (36)			.584
R It can't happen to me (24)			.543
R Not at risk because have regular partner (26)			.483
R Never STD's so not afraid of AIDS (33)			.474
I am preoccupied by HIV/AIDS (22)			
Apha de Cronbach : .65			

^R Le R signifie que cet item a été recodé

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-2 du GOMS

4.2.4 Fidélité inter et intra groupe du GOMS et de chacune des dimensions

Analyses préliminaires

L'analyse de variance multivariée de type MANOVA a été utilisée pour vérifier la fidélité inter et intra groupe du GOMS et de chacune des dimensions. Les données doivent cependant rencontrer certaines prémisses de base avant de pouvoir effectuer ce type d'analyse. Il faut d'abord s'assurer d'un nombre minimal de 15 sujets par groupe (Tabachnik et Fidell, 1989). Cette condition est satisfaite puisque les groupes 1 à 5 ont respectivement 23-20-20-18 et 15 sujets. Il faut ensuite identifier et éliminer les sujets ayant des données manquantes (14 sujets ont été éliminés), ainsi que les sujets aberrants univariés et multivariés, aucun sujet de ce type n'a été identifié. Il faut aussi discerner toute anomalie concernant la normalité, la linéarité et l'homoscédasticité des variables. La vérification de ces conditions n'a pas révélé de problème important (annexe H). Les régressions multiples ont permis d'évaluer le niveau de multicollinéarité et de singularité entre les variables et n'ont révélé aucun problème. Des valeurs de tolérance près de 0 indiquent un problème potentiel de multicollinéarité ou de singularité. Les valeurs des déterminants sont tous plus élevées que 0 et se présentent comme suit: pour le GOMS entier $\text{Log (Determinant)} = 22.21184$, pour Persuasion $\text{Log (Determinant)} = 20.57847$, pour Efficacité $\text{Log (Determinant)} = 8.01343$ et enfin pour Menace $\text{Log (Determinant)} = 9.36686$.

Dans cette recherche, cinq groupes de sujets ont visionné chacun, cinq messages de santé sur le VIH et le sida. Les messages étaient les mêmes pour les cinq groupes, mais présentés dans un ordre différent pour chacun des groupes. Chaque groupe de sujets a répondu cinq fois au GOMS, c'est-à-dire après le visionnement de chacun des

messages. Les variables indépendantes sont: le groupe, le temps d'appréciation et la séquence de présentation des messages. Les variables dépendantes sont les trois dimensions du GOMS (persuasion, menace, efficacité) et le GOMS entier. L'analyse de variance multivariée permet de savoir si la variabilité entre les groupes (effet groupe), à l'intérieur de chacun des groupes (effet séquence) et après chaque visionnement (effet temps) affecte les résultats obtenus à la grille GOMS et à chacune des dimensions. En fait, ce type d'analyse statistique démontre l'effet de séquence, l'effet de temps et l'effet de groupe sur les scores moyens obtenus au GOMS et à chacune des dimensions.

Les tableaux 31 à 34 présentent les résultats obtenus à l'analyse de variance multivariée pour le GOMS entier et pour chacune des dimensions. Les résultats de l'analyse de variance multivariée obtenus pour le GOMS démontrent au tableau 31 un F significatif à chacun des tests (.006, .001, .002) pour l'effet de séquence et pour l'effet temps (.001), l'effet groupe s'avère non significatif avec un F de .145. Le tableau 32 montre que seuls la séquence et le temps ont un effet significatif ($F = .001$) sur les réponses obtenues à la dimension persuasion du GOMS. Enfin, les résultats de l'analyse de variance multivariée pour les dimensions menace et efficacité présentés aux tableaux 33 et 34 démontrent que ni la séquence, ni le temps et ni le groupe n'affectent les réponses obtenues aux dimensions menace et efficacité du GOMS.

Tableau 31

Résultats de l'analyse de variance multivariée* pour le GOMS**EFFET SÉQUENCE**

Nom du test	Valeur	F (approx)	Hypoth DL	Erreur DL	Sign F
Pillais	.34965	2.17910	16.00	364.00	.006***
Hotellings	.47862	2.58756	16.00	346.00	.001***
Wilks	.66587	2.39801	16.00	269.48	.002***
Roys	.29833				

* S = 4, M = -1/2, N = 43

*** p ≤ .001

EFFET TEMPS

Nom du test	Valeur	F (exact)	Hypoth DL	Erreur DL	Sign F
Pillais	.63666	38.54909	4.00	88.00	.001***
Hotellings	1.75223	38.54909	4.00	88.00	.001***
Wilks	.36334	38.54909	4.00	88.00	.001***
Roys	.63666				

* S = 1, M = 1, N = 43

*** p ≤ .001

EFFET GROUPE

Source de variation	SC	dl	CM	Fobs	Sign F
Groupe	3180.29	4	795.07	1.75	.145
Résiduelle	41299.95	91	453.85		

Tableau 32

Résultats de l'analyse de variance multivariée* pour la dimension persuasion**EFFET SÉQUENCE**

Nom du test	Valeur	F (approx)	Hypoth DL	Erreur DL	Sign F
Pillais	.46382	3.24630	16.00	396.00	.001***
Hotellings	.71897	4.24642	16.00	378.00	.001***
Wilks	.56500	3.77478	16.00	293.92	.001***
Roys	.39007				

* S = 4, M = -1/2, N = 47

*** p ≤ .001

EFFET TEMPS

Nom du test	Valeur	F (exact)	Hypoth DL	Erreur DL	Sign F
Pillais	.67409	49.64077	4.00	96.00	.001***
Hotellings	2.06837	49.64077	4.00	96.00	.001***
Wilks	.32591	49.64077	4.00	96.00	.001***
Roys	.67409				

* S = 1, M = 1, N = 47

*** p ≤ .001

EFFET GROUPE

Source de variation	SC	dl	CM	Fobs	Sign F
Groupe	471.88	4	117.97	.94	.443
Résiduelle	12385.49	99	125.11		

Tableau 33

Résultats de l'analyse de variance multivariée* pour la dimension menace**EFFET SÉQUENCE**

Nom du test	Valeur	F (approx)	Hypoth DL	Erreur DL	Sign F
Pillais	.14129	.88795	16.00	388.00	.584
Hotellings	.15171	.88705	16.00	370.00	.596
Wilks	.86385	.88272	16.00	287.81	.590
Roys	.08831				

* S = 4, M = -1/2, N = 46
p ≤ .001

EFFET TEMPS

Nom du test	Valeur	F (exact)	Hypoth DL	Erreur DL	Sign F
Pillais	.11223	2.97095	4.00	94.00	.023
Hotellings	.12642	2.97095	4.00	94.00	.023
Wilks	.88777	2.97095	4.00	94.00	.023
Roys	.11223				

* S = 1, M = 1, N = 46
p ≤ .001

EFFET GROUPE

Source de variation	SC	dl	CM	Fobs	Sign F
Groupe	393.31	4	98.33	.87	.487
Résiduelle	11008.09	97	113.49		

Tableau 34

Résultats de l'analyse de variance multivariée* pour la dimension efficacité**EFFET SÉQUENCE**

Nom du test	Valeur	F (approx)	Hypoth DL	Erreur DL	Sign F
Pillais	.11959	.72425	16.00	376.00	.769
Hotellings	.12564	.70282	16.00	358.00	.791
Wilks	.88465	.71287	16.00	278.65	.780
Roys	.06305				

* S = 4, M = -½, N = 44½
p ≤ .001

EFFET TEMPS

Nom du test	Valeur	F (exact)	Hypoth DL	Erreur DL	Sign F
Pillais	.01416	.32671	4.00	91.00	.859
Hotellings	.01436	.32671	4.00	91.00	.859
Wilks	.98584	.32671	4.00	91.00	.859
Roys	.01416				

* S = 1, M = 1, N = 44 ½
p ≤ .001

EFFET GROUPE

Source de variation	SC	dl	CM	Fobs	Sign F
Groupe	934.09	4	233.52	1.97	.105
Résiduelle	11126.01	94	118.36		

En somme, les résultats des analyses statistiques ont pu répondre aux objectifs visés et vérifier les hypothèses de recherche. Le calcul des coefficients de Cronbach et les analyses d'homogénéité selon les procédés de Guttman et de Spearman-Brown ont permis de vérifier la consistance interne de la grille GOMS et de chacune des dimensions. Les analyses factorielles en composante principale par rotation orthogonale ont permis de vérifier la validité des concepts opératoires utilisés dans la construction du GOMS. Enfin, la présentation aléatoire des messages, dans un devis plan niché, a permis de vérifier, par l'analyse de variance multivariée, l'effet de séquence, l'effet de groupe et l'effet du temps sur le GOMS et sur chacune des dimensions. Ces résultats permettent d'entamer maintenant la discussion.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Ce chapitre présente la discussion des résultats dans le cadre de cette étude dont le but était de valider une grille d'observation du message de santé, le GOMS. La discussion porte d'abord sur les résultats obtenus aux analyses descriptives suivi de la discussion des résultats obtenus aux analyses de validation du GOMS et de la contribution originale de cette étude à l'avancement des connaissances en communication de la santé.

5.1 Discussion des résultats obtenus aux analyses descriptives

L'échantillon de cette étude a été formé pour représenter un public cible visé par les messages de santé présentés. Les messages choisis pour cette étude s'adressent à un public de jeunes adultes actifs sexuellement et ont pour but de les inciter à se protéger du sida. L'échantillon provient d'une population universitaire en sciences de la santé, plus précisément au niveau du baccalauréat en sciences infirmières et en ergothérapie. Bien que le choix de cette population était motivé par le désir d'obtenir un groupe homogène au niveau des différentes caractéristiques socio-démographiques et au niveau des connaissances concernant le virus du VIH et le sida, il semble que l'échantillon de cette étude ne soit pas aussi homogène que souhaité. Certaines particularités concernant les caractéristiques socio-démographiques comme l'âge, le sexe et l'activité sexuelle doivent être soulignées pour leur influence possible sur les réponses obtenues au GOMS.

L'âge des répondants s'étend de 19 à 52 ans et plus des trois quart des sujets (75.5%) sont âgés de 19 à 26 ans, alors que 24.5% se situe entre 27 et 52 ans. La présence de sujets plus âgés était prévisible, mais le nombre difficile à estimer. La collecte des données s'est effectuée dans le cadre de cours principalement offerts au

baccalauréat en sciences infirmières, physiothérapie et ergothérapie, mais aussi aux infirmières inscrites au programme post-diplôme, qui sont généralement plus âgées. Il est permis de croire que les réponses obtenues au GOMS puissent être différentes chez les sujets plus âgés en raison de la maturation. Il est cependant plus difficile de vérifier cette différence parce que les 27 sujets plus âgés faisant partie de l'échantillon sont répartis dans les 5 groupes à l'étude et comme chaque groupe a reçu un traitement différent, il est impossible de regrouper les sujets pour savoir s'ils répondent différemment comme groupe.

La proportion d'étudiants hommes/femmes (12.7%/ 87.3%) de l'échantillon, n'est ni représentative de la proportion d'étudiants universitaires hommes/femmes au niveau du baccalauréat et ni représentative de la proportion hommes/femmes dans la société. Cette proportion reflète plutôt les programmes d'études choisis: sciences infirmières (26 hommes pour 267 femmes) et ergothérapie (20 hommes pour 123 femmes) selon les statistiques de l'Université d'Ottawa en 1998. Par conséquent, les réponses obtenues au GOMS représentent un point de vue majoritairement féminin.

D'autre part, dans cette étude, près de 75% des sujets indiquent avoir au moins un partenaire régulier ou occasionnel, 66.4% mentionnent avoir un ou plusieurs partenaires sexuels réguliers ou occasionnels alors que 17.3% se disent non actifs sexuellement dans le moment et 16.3% révèlent n'avoir jamais eu de relations sexuelles. Ces données sont importantes à considérer puisque les cinq messages utilisés dans cette étude poursuivent un but commun celui d'inciter les gens sexuellement actifs à se protéger du VIH et du sida. Les sujets qui ne sont pas actifs sexuellement dans le moment et surtout ceux qui ne l'ont jamais été, se sentent possiblement moins concernés par les messages présentés.

Cependant, comme l'activité sexuelle ne pouvait pas être un critère d'éligibilité pour des raisons éthiques, tous les étudiants (es) qui se sont portés volontaires et qui répondaient aux critères d'éligibilité de l'étude ont été acceptés. Les sujets qui ont indiqué n'avoir jamais été actifs sexuellement (18), sont répartis presque également dans chacun des groupes et n'ont pas été éliminés afin de conserver suffisamment de sujets pour permettre les analyses de validation.

Le niveau des connaissances relatives au VIH et au SIDA présente un score moyen de 6.60 sur 8.00. Ces résultats sont satisfaisants compte tenu que la répartition des fréquences relatives a permis d'identifier deux items (les items 4 et 5) dont la formulation semble ambiguë pour les répondants. Le niveau des connaissances relatives au VIH et au SIDA de l'échantillon n'est probablement pas représentatif de l'ensemble de la population universitaire de niveau baccalauréat puisque les sujets à l'étude sont étudiants dans le domaine de la santé.

Les scores moyens obtenus à chacune des dimensions du GOMS (persuasion, menace, efficacité) démontrent peu de variation selon le groupe et selon la séquence de présentation du message de santé télévisé. La variation entre les scores semble plus importante à l'intérieur de chacun des groupes et pour chacun des messages avec des écarts -types de 6.00 à 12.32 pour la dimension persuasion, de 2.40 à 9.93 pour menace et de 3.15 à 11.84 pour efficacité.

L'ensemble des scores moyens obtenus pour la dimension persuasion selon le groupe et selon la séquence de présentation des messages présente une moyenne totale de 72.48 avec un écart-type de 8.20, pour un score total possible de 21 à 105. Plus le score est élevé plus le message est persuasif. La moyenne des résultats obtenus à cette échelle

pour tous les groupes et tous les messages indique que l'ensemble des sujets jugent les messages modérément persuasifs.

La moyenne totale de l'ensemble des scores moyens obtenus pour la dimension menace est de 36.23 avec un écart-type de 4.74, sur un score total possible variant de 10 à 50. Plus le score est près de 10 plus l'individu se sent menacé par le problème de santé et perçoit la gravité du problème. Les résultats obtenus indiquent que les sujets ne semblent pas se sentir menacés par le virus du VIH et par le sida.

La moyenne totale de l'ensemble des scores moyens obtenus pour la dimension efficacité est de 26.70 avec un écart-type de 5.65, pour un score possible se situant entre 9 et 45. Plus le score moyen est près de 9 plus l'individu perçoit sa propre efficacité et l'efficacité de la solution proposée. Les résultats obtenus révèlent que les sujets ne se sentent ni efficaces ni inefficaces vis-à-vis le virus du VIH et le sida.

En somme, les résultats obtenus aux trois dimensions du GOMS démontrent clairement que les sujets à l'étude ne se sentent pas concernés par les messages. Les messages ne semblent pas rejoindre les répondants puisque ceux-ci ne se croient pas menacés par le VIH et le sida, par conséquent, ils ne se sentent ni efficaces ni inefficaces vis-à-vis la prévention d'infection au VIH et le sida, même s'ils considèrent les messages comme modérément persuasifs. Les résultats obtenus ne sont pas surprenants, puisque les messages de santé utilisés dans cette étude n'ont pas été spécifiquement conçus pour rejoindre les sujets de l'échantillon, ce qui corrobore l'un des facteurs constants du cadre conceptuel de Witte (1992), soit la nécessité d'établir le profil du public que l'on vise afin de concevoir un message informatif, persuasif et culturellement spécifique à ce public.

5.2 Discussion des résultats obtenus aux analyses de validation du GOMS

5.2.1 Validité de contenu

La validité de contenu réfère à l'échantillon des items dans le sens de l'adéquation de leur représentation pour mesurer une caractéristique ou un concept. Aussi, l'analyse des items en plus de renseigner sur la consistance interne d'une échelle participe à la validité de contenu. L'analyse des items du GOMS présente quelques faiblesses métrologiques pour certains items à chacune des dimensions. Ces items sont clairement identifiés au chapitre de présentation des résultats. Plus de la moitié des items de la dimension persuasion (13 items sur 21) contribuent à la puissance métrologique et discriminante du GOMS, puisqu'ils se situent entre les paramètres de 17% et 83% suggérés par Engelsmann (1982) alors que seulement 4 des 10 items de menace et 4 des 9 items d'efficacité se situent entre les mêmes paramètres.

Les items identifiés comme étant inadéquats dans chacune des dimensions du GOMS n'ont pas été éliminés parce qu'ils sont nombreux et qu'en les éliminant, le nombre d'items serait insuffisant pour poursuivre avec les analyses factorielles. Cependant, l'identification de ces items permettra de corriger le GOMS. Pour chacune des dimensions du GOMS, certains items seront définitivement éliminés, d'autres modifiés ou encore relocalisés dans une autre sous-dimension. Pour la dimension persuasion, l'item sad-fun sera probablement éliminé, les items bad-good, interesting-boring, too short -too long seront relocalisés à la sous-dimension contenu et les items frightening-reassuring, concerned-unconcerned à la sous-dimension sentiment. L'item angry-calm sera modifié. Plusieurs items de la dimension menace sont problématiques, la plupart seront éliminés, cette dimension doit être reconstruite. Enfin, les items de la

dimension efficacité doivent aussi être revus, certains seront sûrement éliminés tels “I am responsible for my own health”.

Les analyses de consistance interne et d'homogénéité du GOMS démontrent, au temps 1, un coefficient de .70 à l'alpha de Cronbach ce qui est acceptable, la norme minimale étant de l'ordre de .70 selon Cronbach (1971), alors qu'au temps 4 ce même coefficient n'est que de .62. Les analyses d'homogénéité ont généré aux tests de Guttman et de Spearman-Brown des coefficients de l'ordre de -.45 et -.46 (temps 1) et de -.49 et -.38 (temps 4). Ces résultats démontrent clairement que le GOMS n'est pas unidimensionnel, les dimensions de persuasion, menace et efficacité sont trop différentes pour former un tout.

La consistance interne pour l'échantillon total calculée sur l'ensemble des 21 items de la dimension persuasion (T 1) présente un coefficient de .79 à l'alpha de Cronbach de .65, .83 et de .71 pour chaque sous-dimension de persuasion (style, contenu, sentiment) les analyses d'homogénéité présentent des résultats semblables. Ces résultats rencontrent la norme minimale acceptable de .70 à l'alpha de Cronbach (1971) sauf la sous-dimension style qui présente un coefficient de .65. Churchill (1979) soutient cependant qu'un coefficient de consistance interne entre .50 et .60 est acceptable lors d'une première étude de validation. L'analyse quantitative des items de style démontre que 4 des 7 items ne mesurent pas le style du message, ce qui soulève le doute quant à la contribution de la sous-dimension style à la dimension de persuasion. Les résultats obtenus au temps 4 vont dans la même direction (tableau 17).

L'ensemble des 19 items des dimensions menace et efficacité démontre un coefficient alpha de Cronbach de .69 (T 1) et .60 (T 4), pour la dimension efficacité ce coefficient est de .67 (T 1) et de .65 (T 4) alors que pour la dimension menace il est seulement de .47 (T 1) et de .50 (T 4). Les analyses d'homogénéité présentent des résultats semblables (tableaux 15 et 18). La représentativité des items de la dimension efficacité est à la limite de l'acceptabilité avec des coefficients alpha de Cronbach de .67 (T 1) et .65 (T 4). L'analyse des items révèle que 5 items (sur un total de 9) contribuent faiblement à la valeur discriminante de la dimension efficacité. L'échantillon d'items de la dimension menace ne semble pas représenter adéquatement cette dimension avec un coefficient de .47 (T 1) et de .50 (T 4). L'analyse quantitative des items a permis d'identifier 6 items (sur un total de 10) contribuant faiblement à la valeur discriminante de la dimension menace.

Les matrices de corrélation pour chacune des dimensions (annexe C) fournissent des coefficients permettant de quantifier la force de l'association entre les items en termes de coefficients de corrélation. L'étude des corrélations des items de chacune des dimensions du GOMS indique que certains items ne contribuent que très faiblement à l'expression de la dimension surtout pour la dimension menace. Également, les corrélations moyennes totales sont faibles au temps 1 et plus faibles au temps 4. La corrélation moyenne totale de la dimension persuasion est de .29 (T 1) et .04 (T 4), puis de .23 (T 1) et .07 (T 4) pour la dimension menace et enfin de .36 (T 1) et .19 (T 4) pour la dimension efficacité.

En somme, l'analyse des items, l'observation des matrices de corrélation et les résultats obtenus aux différentes analyses de consistance interne démontrent l'adéquation de la représentativité de l'échantillon des items des sous-dimensions contenu et sentiment pour la dimension persuasion, alors que cette représentativité est plus faible pour les items de la sous-dimension style. Quant aux dimensions de menace et efficacité, l'échantillon des items représente faiblement chacune de ces dimensions, surtout les items reliés à la menace.

5.2.2 Validité des concepts opérationnels et de la structure interne du GOMS

Différentes analyses factorielles en composante principale et par rotation orthogonale ont été effectuées séparément sur chaque dimension du GOMS. Ces analyses ont été réalisées aux temps 1 et 4 en imposant le nombre de facteurs proposé théoriquement, puis en imposant différents nombres de facteurs jusqu'à l'obtention pour chaque dimension, de l'ensemble d'items exprimant le mieux chacun des facteurs.

Les résultats obtenus aux analyses factorielles en imposant le nombre de facteurs proposé théoriquement pour la dimension persuasion (tableaux 23 et 24), soit 3 facteurs, se résument ainsi: 11 items (T1) et 9 items (T4) saturent sur le premier facteur (contenu) dont les 7 items contenu; 6 items (T1) et 8 items (T4) saturent sur le deuxième facteur (sentiment) dont les 5 mêmes items sentiment; enfin 4 items (T1 et T4) saturent sur le troisième facteur (style) dont 3 items style. Au temps 1 comme au temps 4, tous les items contenu (7) saturent sur leur facteur, 5 items sentiment sur 7 saturent sur leur facteur alors que seulement 3 items style sur 7 saturent sur le troisième facteur (style). Les scénarios obtenus (T1 et T4) sont presque identiques, quelques items saturent sur différents facteurs et présentent un poids de saturation différent au temps 1 et au temps 4. Certains items, en

raison de leur poids de saturation, semblent appartenir à un facteur plutôt qu'à un autre comme les items *convincing-unconvincing* (.785) et *evasive-direct* (.710) qui saturent plus fortement sur le premier facteur (contenu) au temps 1, ainsi que les items *bad-good* (.835) et *interesting-boring* (.775) qui saturent plus fortement sur le deuxième facteur (sentiment) au temps 4.

Différentes analyses factorielles exploratoires aux temps 1 et 4 ont permis d'obtenir une meilleure distribution des items pour exprimer la dimension persuasion. Le meilleur scénario obtenu présente les 21 items de la dimension persuasion répartis sur 2 facteurs: le facteur contenu et le facteur sentiment.

Les résultats présentés aux tableaux 27 et 28 montrent que les 7 items contenu saturent clairement sur leur facteur comme dans les scénarios théoriques (tableaux 23 et 24) pour les temps 1 et 4, ces items définissent nettement la sous-dimension contenu. Les items sentiment qui composent la sous-dimension sentiment sont plus nombreux dans les scénarios exploratoires que dans les scénarios théoriques, 6 items sentiment sur 7 (T 1) et 7 items sentiment sur 7(T4) saturent sur le facteur sentiment. Enfin, concernant la sous-dimension style, les résultats obtenus à l'analyse factorielle exploratoire aux temps 1 et 4 montrent que 5 items style sur 7 semblent plutôt appartenir à la sous-dimension contenu, il s'agit de: "*evasive-direct*", "*too-short- too-long*", "*bad-good*", "*lively-dull*" et "*interesting-boring*", alors que les items *sad-fun* et *frightening-reassuring* semblent appartenir à la sous-dimension sentiment.

Les coefficients de consistance interne présentent des alpha de Cronbach supérieurs pour la dimension sentiment lorsque les items de persuasion sont répartis en 2 facteurs: (tableaux 27 et 28) au temps 1(contenu: .80, sentiment: .85) et au temps 4 (contenu: .79,sentiment: .84) plutôt qu'en 3 facteurs (tableaux 23 et 24) au temps 1(

style: .65, contenu: .83 et sentiment: .71) et au temps 4 (style:.65, contenu:.79 et sentiment:.70).

Les résultats obtenus aux analyses factorielles en imposant le nombre de facteurs proposé théoriquement pour les dimensions menace et efficacité (tableaux 25 et 26) soit 2 facteurs aux temps 1 et 4, se présentent comme suit: 9 items dont 6 items efficacité (T1) et 8 items dont 5 items efficacité (T4) saturent sur le premier facteur (efficacité), 5 items dont 4 items menace (T1) et 6 items dont 5 items menace (T4) saturent sur le deuxième facteur (menace). Enfin, 5 items (T1 et T4) ne saturent sur aucun facteur, 3 de ces items sont les mêmes dans les deux temps. Ces trois items sont: "I am preoccupied by HIV/AIDS", "Anybody can get AIDS" et "Good use of condom prevents spread". De plus, l'item "I am responsible for my own health", ne semble pas représenter adéquatement la dimension efficacité. Cet item ne sature sur aucun facteur au temps 1 et sature faiblement (.317) sur le facteur menace au temps 4. La plupart des items efficacité saturent plus fortement sur le facteur efficacité au temps 1 qu'au temps 4, à titre d'exemple: "Partner does not like"(.622)(T1) (.454)(T4) et "Always use a condom" (.649)(T1) (.387)(T4). Alors que la plupart des items menace saturent plus fortement sur le facteur menace au temps 4 qu'au temps 1: "Sex occasionally so not at risk" (.621)(T4) (.336)(T1) et "I see myself as a person at risk" (.528)(T4) (.322)(T1).

Différentes analyses factorielles exploratoires effectuées aux temps 1 et 4 (tableaux 29 et 30) ont permis d'obtenir une meilleure distribution des items pour l'expression des dimensions menace et efficacité, la meilleure distribution obtenue se divise en 3 facteurs: un premier facteur "non menace" sur lequel sature 7 items au temps 1 et au temps 4 dont les 4 mêmes items efficacité et les 3 mêmes items menace, un

deuxième facteur (efficacité) sur lequel sature 5 items dont 4 items efficacité au temps 1 et 4 items dont 4 items efficacité au temps 4, enfin un troisième facteur (menace) sur lequel sature 5 items menace au temps 1 et 6 items menace au temps 4. Deux items ne saturent sur aucun facteur au temps 1 comme au temps 4 et ce sont les mêmes items: “Good use of condom prevents spread” et “I am preoccupied by HIV/AIDS”. Les scénarios obtenus (T1 et T4) sont presque identiques. Le poids des items est différent d’un temps à l’autre, mais les mêmes items saturent sur les mêmes facteurs, sauf l’item “I believe I should’nt take risks” qui au temps 1 sature sur le facteur efficacité, alors qu’au temps 4 ce même item sature sur le facteur menace. Les résultats démontrent une distribution plus claire des items de menace et efficacité lorsque divisé en 3 facteurs. Les items saturent plus franchement sur leur facteur respectif.

Les coefficients de consistance interne montrent des alpha de Cronbach supérieurs lorsque les items de menace et efficacité sont répartis en 3 facteurs (non menace: .76 (T1) et .78 (T4), efficacité: .69 (T1) et .70 (T4), menace: .60 (T1) et .65 (T4) plutôt qu’en 2 facteurs (efficacité: .67 (T 1) et .65 (T 4) menace: .47(T 1) et .50 (T 4)).

En résumé, les résultats obtenus aux différentes analyses factorielles en composante principale et par rotation orthogonale démontrent que le GOMS devrait plutôt se composer de quatre facteurs dont les trois facteurs constants du cadre de Witte (1992) la persuasion (contenu, sentiment), la menace et l’efficacité et un nouveau facteur qui pourrait répondre au vocable non menace.

5.2.3 Fidélité inter et intra-groupe du GOMS et de chacune des dimensions

La fidélité inter et intra-groupe indique la capacité du GOMS et de chacune des dimensions à fournir des résultats constants d’une situation de mesure à l’autre (effet de

séquence et effet de temps) et d'un groupe à l'autre (effet de groupe). L'analyse de variance à plusieurs dimensions a permis de vérifier, l'effet de séquence, l'effet de temps et l'effet de groupe sur les réponses obtenues au GOMS et à chacune des dimensions du GOMS.

Les résultats obtenus pour l'effet de groupe démontrent la fidélité inter groupes du GOMS et de chacune des dimensions. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes dans les réponses obtenues au GOMS et dans chacune des dimensions. Ces résultats ne sont pas étonnants, puisque les groupes sont homogènes et semblables au niveau des variables socio-démographiques et des connaissances relatives au VIH et au SIDA.

L'effet de séquence s'est avéré significatif sur les réponses obtenues au GOMS et à la dimension persuasion. Ainsi, il existe une différence significative dans les réponses obtenues au GOMS et à la dimension persuasion à l'intérieur de chacun des groupes selon la séquence de présentation des cinq messages de santé télévisés. Cette différence est possiblement dû aux différents types de messages de santé présentés (dramatique, comique etc...) ou encore à la place occupée par le message dans la séquence de présentation (un message drôle suivi d'un message dramatique etc...). Le visionnement d'un message comique comme "Automatic" atténue peut-être l'effet d'un message dramatique comme "Turned down" si le souvenir du message humoristique est toujours présent lors du visionnement du message dramatique. L'effet de séquence observé dans cette étude soulève de nouvelles préoccupations à savoir: la différence exercée selon le type de message présenté et le contexte dans lequel est présenté le message.

L'effet de temps s'est avéré significatif sur les réponses obtenues au GOMS et à la

dimension persuasion. Le temps entraîne possiblement un effet de fatigue chez les sujets faisant partie de l'échantillon puisque chaque groupe de sujets a répondu cinq fois au GOMS, c'est-à-dire après le visionnement de chacun des messages de santé télévisés.

En somme, les réponses obtenues au GOMS et à chacune des dimensions sont constantes d'un groupe à l'autre. Cependant, l'effet de séquence et l'effet de temps affectent les réponses obtenues au GOMS et à la dimension persuasion à l'intérieur de chacun des groupes, sans affecter les réponses obtenues pour les dimensions menace et efficacité. L'effet de groupe, l'effet de séquence et l'effet de temps ne sont pas ressortis significatifs pour les dimensions de menace et d'efficacité. La non signification de ces effets s'explique en partie par la faiblesse des résultats obtenus aux analyses de consistance interne et de validation pour les dimensions de menace et d'efficacité, mais aussi et surtout parce que les messages de santé utilisés dans cette étude n'ont pas été spécifiquement conçus pour les sujets de l'échantillon.

5.3 Contribution originale de cette étude

L'originalité et la contribution de cette étude à l'avancement des connaissances en communication de la santé se rapportent aux aspects suivants: l'élaboration d'une grille d'observation du message de santé, le GOMS et la vérification de certains aspects relatifs à la validité et à la fidélité du GOMS. De nombreux praticiens réclament un outil pratique et facile à utiliser pour concevoir des messages de santé efficaces. La grille GOMS, élaborée à partir du cadre conceptuel de Witte (1992), représente un effort intéressant d'application de la théorie à la pratique et un apport utile pour le développement d'un éventuel guide pouvant servir à la conception de messages de santé efficaces.

CONCLUSION

Le choix d'une population d'étudiants universitaires en sciences de la santé pour composer l'échantillon et le choix du modèle de Witte (1992) dont l'un des facteurs constants est la spécificité de la population cible limitent la généralisation des résultats de cette étude à d'autres populations. En dépit de ces limites, cette étude a tout de même permis d'examiner les composantes du cadre conceptuel de Witte (1992) auprès d'un public cible et de vérifier certains aspects relatifs à la fidélité et à la validité de la grille GOMS.

Le premier objectif visait à calculer le coefficient de consistance interne pour la grille GOMS et pour chacune des dimensions. La consistance interne a fourni un alpha de Cronbach de .70 (T1) et de .62 (T4) au GOMS, de .79(T1 et T4) à la dimension persuasion, de .47(T1) et .50(T4) à la dimension menace et de .67(T1) puis .65(T4) à la dimension efficacité. Les analyses d'homogénéité ont généré des coefficients de l'ordre de -.45 et -.46 pour le temps 1 et de -.49 et -.38 pour le temps 4 au GOMS démontrant que les dimensions persuasion, menace et efficacité sont trop différentes pour former un tout. Les échantillons d'items des sous-dimensions contenu et sentiment représentent adéquatement la dimension persuasion, alors que la représentativité des items de la sous-dimension style est faible. Quant aux dimensions de menace et efficacité, l'échantillon des items représente faiblement chacune de ces dimensions, surtout les items de menace.

Le deuxième objectif avait pour but de vérifier la validité des concepts de la grille GOMS par l'analyse de sa structure opératoire. Les résultats obtenus aux différentes analyses factorielles en composante principale et par rotation orthogonale ont démontré par la saturation des facteurs que la dimension persuasion compte deux sous-dimensions: la sous-dimension contenu et la sous-dimension sentiment, alors qu'aux dimensions

menace et efficacité s'ajoute une troisième dimension de "non menace". Le GOMS compte ainsi quatre dimensions: les variables de persuasion, la non menace, la menace et l'efficacité. Le troisième et dernier objectif cherchait à vérifier la fidélité inter et intra groupe sur le GOMS et sur chacune des dimensions. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes dans les réponses obtenues au GOMS et à chacune des dimensions. Cependant, les tests de MANOVA se sont révélés significatifs pour l'effet de temps et l'effet de séquence sur le GOMS et sur la dimension persuasion. L'effet de temps montre la fatigue des répondants, alors que l'effet de séquence indique que l'ordre de présentation des messages exerce une différence.

Les résultats obtenus aux différentes analyses descriptives et de validation confirment la nécessité d'une connaissance approfondie du public cible dans la conception d'un message de santé efficace. Les résultats des analyses factorielles exploratoires pour la dimension persuasion démontrent l'importance des variables de persuasion et suggèrent de regrouper les items en deux sous-dimensions (contenu et sentiment) puis d'établir un meilleur équilibre entre le nombre d'items représentant chacune de ces sous-dimensions.

Les résultats des analyses factorielles exploratoires pour les dimensions menace et efficacité suggèrent l'ajout d'une nouvelle dimension (non menace), la suppression de certains items qui ne saturent sur aucun facteur et représentent faiblement les dimensions de menace et efficacité, comme: "I am preoccupied by the health problem of HIV/AIDS" et "Good use of latex condom can prevent the spread of HIV". Enfin, les résultats obtenus aux différents tests de MANOVA indiquent que le type de message et le contexte dans lequel ce message est présenté semblent influencer le public cible ce qui laisse sous entendre que ce que le public visionne avant et après le message est aussi important que

la forme et le contenu du message.

Les résultats de cette étude démontrent que des changements importants doivent être apportés au GOMS avant de poursuivre les analyses de validation avec d'autres populations et sur différents sujets de santé ou de maladie. Dans l'avenir, certaines lignes directrices pour la conception de messages de santé persuasifs et culturellement spécifiques pourraient être élaborées à partir des résultats obtenus aux différentes analyses de validation du GOMS modifié. L'efficacité des messages conçus selon ces directives pourrait par la suite être vérifiée auprès des différents publics visés. En somme, toutes ces suggestions pourraient faire l'objet de différentes études qui contribueraient certainement, tout comme la présente, à l'avancement des connaissances en communication de la santé.

RÉFÉRENCES

- Anctil, H. (1988). Communication stratégique. Dans Santé et Société (Ed.), Collection Promotion de la Santé, 2. Québec: Ministère de la santé et des affaires sociales.
- Atkin, C., & Arkin, E. B. (1990). Issues and initiatives in communicating health information to the public. In L. Wallack and C. Atkin (Eds.), Mass Communication and Public Health. Newbury Park: Sage Publications.
- Atkin, C. K., & Freimuth, V. (1989). Formative evaluation research in campaign design. In R. E. Rice and C. K. Atkin (Eds.), Public Communication Campaigns (2nd ed., pp. 131-150). Newbury Park, CA: Sage.
- Backer, T. E. et al. (1992). Designing health communication campaigns: What works? Newbury Park, Calif.: Sage publications.
- Baggaley, J. P. (1988). Perceived effectiveness of international AIDS campaigns. Health Education Research, 3(1), 7-17.
- Bandura, A. (1977b). Social learning theory. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Bauman, K. E., Laprelle, J., Brown, J. D., Koch, G. G., & Padgett, C. A. (1991). The influence of three mass media campaigns related to adolescent cigarette smoking: Results of a field experiment. American Journal of Public Health, 81(5), 597-604.
- Booth, M. L., Bauman, A., Oldenburg, B., Owen, N., & Magnus, P. (1992). Effects of a national mass-media campaign on physical activity participation. Health Prom Int, 7, 241-247.

Boster, F. J., & Mongeau, P. (1984). Fear arousing persuasive messages. In R. N. Bostrom and B. H. Westley (Eds.), Communication Yearbook, 8, 330-375. Beverly Hills, CA: Sage.

Bouchard, A. E., & Renaud, L. (1991). L'écologie de la santé par les médias. Montréal : Éditions Agence d'Arc.

Bratic Arkin, E. (1992). In Backer T. E. (1992). Designing Health Communication Campaigns: What Works?, 36-40. Newbury Park, Calif.: Sage Publication

Brown, J. D., Bauman, K. E., & Padgett, C. A. (1990). A validity problem in measuring exposure to mass-media campaigns. Health Educ Q, 17(3), 299-306.

Budd, J. McCron. (1981). Health education and the mass media: Past, present and potential. In D. S. Leather, B. G. Hastings and J. K. Davies (Eds.), Health Education and the Media, 33-43. Oxford: Pergamon Press.

Burgoon, M. (1989). Messages and persuasive effects. In J. J. Bradac (Ed.), Message Effects in Communication Science, 129-164. Newbury Park: CA: Sage.

Calvert, S. L., Cocking, R. R., & Smrcek, M. (1991). AIDS public service announcements: A paradigm for behavioral science. Journal of Applied Developmental Psychology, 12, 255-267.

Cattell, R. B., & Dreger, R. M. (1977). Handbook of modern personality theory. Washington: Hemisphere Publishing Corp., Holsted Press.

Churchill, Jr., Gilbert A. (1979, February). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. Journal of Marketing Research, 16, 64-73.

Cronback, L. J. (1971). Test validation. In R. L. Thorndike (Ed.), Educational Measurement. Washington, D. C.: American Council on Education.

Cummings, K. M., Sciandra, R., & Markello, S. (1987). Impact of a newspaper mediated quit smoking program. American Journal of Public Health, 77, 1452-1453.

Danaher, B. G., Berkanovic, E., & Gerber, B. (1984). Mass media based health behavior change: Televised smoking cessation program. Addictive Behaviors, 9, 245-253.

Damrosch, S. (1991). General strategies for motivating people to change their behavior. Nursing Clinics of North America, 26(4), 833-843.

Davis, M. F., & Iverson, D. C. (1984). An overview and analysis of the health style campaign. Health Educ Q, 11, 253-272.

Engelsmann, F. (1982). Design of psychometric instruments: Item construction scaling, reliability and validity norms. In E. J. Burdock, A. Sudilowsky and S. Gerston (Eds.), The Behavior of Psychiatric Patient. New York: Marcel Dekker, Inc.

Epp, L. (1986). Achieving health for all: A framework for health promotion in Canada. Toronto: Health and Welfare Canada.

Ewles, L., & Simnett, I. (1985). Promoting health: A practical guide to health education. New York: John Wiley & Sons.

Farquhar, J., Maccoby, N., Wood, P., Alexander, J., Breitrose, H., Brown, B., Haskell, W., McAlister, A., Meyer, A., Nash, J., & Stern, M. (1977). Community education for cardiovascular health. Lancet, 1192-1195.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1981). Acceptance, yielding and impact; Cognitive processes in persuasion. In R. E. Petty, T. M. Ostrom and T. C. Brock (Eds.), Cognitive Responses in Persuasion (pp. 339-359). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Flay, B. R., & Burton, D. (1990). Effective mass communication strategies for health campaigns. In L. Wallack and C. Atkin (Eds.), Mass Communication and Public Health. Newbury Park: Sage Publication.

Flay, B. R. (1987). Mass media and smoking cessation: A critical review. American Journal of Public Health, 77, 153-170.

Flay, B. R., Ditecco, D., & Schlegel, R. (1980). Mass media in health promotion: An analysis using an extended information-processing model. Health Education Quarterly, 7(2), 127-147.

Fleming, M., & Levie, H. (1993). Instructional message design. Englewood Cliff, N. J.: Educational Technology.

Flora, J. A., Maccoby, N., Farquhar, J. W. (1989). Communication campaigns to prevent cardiovascular disease: The Stanford community studies. Dans R. E. Rice and Atkin, C. K. (1989). Public communication campaigns, 2(10), 233-252. Newbury Park: Sage Publications Inc.

Flora, J. A., Maibach, E. W., & Maccoby, N. (1989). The role of media across four levels of health promotion intervention. Annu Rev Public Health, 10, 181-201.

Flynn, B. S., Worden, J. K., Secker-Walker, R. H. et al. (1992). Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. American Journal of Public Health, 82(6), 827-834.

Fortin, F., Coutu-Wakulczyk, G., & Fillion, F. (1996). Répertoire d'instruments de mesure : Application à la santé et aux domaines connexes. Rapport intérimaire. Ottawa : Université d'Ottawa, École des sciences infirmières.

Freimuth, V. S., Hammond, S. L., Edgar, T., & Monahan, J. L. (1990). Reaching those at risk: A content-analytic study of aids PSAS. Communication Research, 17, 775-991.

Freimuth, V. S., Hammond, S. L., & Stein, J. A. (1988). Health advertising: Prevention for profit. American Journal of Public Health, 78(5), 557-561.

Glanz, K., & Mullis, R. M. (1988). Environmental interventions to promote healthy eating: A review of models, programs and evidence. Health Education Quarterly, 15(4), 395-415.

Goodwin, L., D., & Goodwin, W. L. (1991). Focus on psychometrics estimating construct validity. Research in Nursing and Health, 14(3), 235-243.

Green, L., & Lewis, F. (1986). Measurement and evaluation in health education and health promotion. Palo Alto, CA.: MayField.

Green, L. G., & McAlister, A. L. (1984). Macro-intervention to support health behavior: Some theoretical perspectives and practical reflections. Health Education Quarterly, 11(3), 322-339.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An educational and environmental approach. Mountain view, CA: Mayfield.

Santé. (1984). Promotion de la santé: Étude du concept et des principes. Sélection Santé de l'Association Canadienne de Santé Publique, 8(6), 105.

Grunig, J. E. (1989). Publics, audiences and market segments: Segmentation principles for campaigns. In C. T. Salmon (Ed.), Information Campaigns (pp. 199-228). Newbury Park, CA.: Sage.

Janis, I. L. (1967). Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology, 3. New York: Academic Press.

Kleinot, M.C., & Rogers, R. W. (1982). Identifying effective components of alcohol misuse prevention programs. Journal of Studies on Alcohol, 43, 802-811.

Koskela, K., Puska, P., & Tuomilehto, J. (1976). The North Karelia project: A first evaluation. Int. J. Health Educ, 19, 59-66.

Lefebvre, R. C., Doner, L., Johnston, C., Loughrey, K., Balch, G. I., & Sutton, S. M. (1995). Use of database marketing and consumer-based health communication in message design: An example from the Office of Cancer Communications "5 a Day for Better Health" Program. In E. Maibach and R. L. Parrott (Eds.), Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice (pp. 217-246). CA., U.S.A.: Sage Publications Thousand Oaks.

Lefebvre, C., R., & Flora, J. A. (1988). Social marketing and public health intervention. Health Educ Q, 15(3), 299-315.

Lefrançois, R. (1992). Stratégies de recherche en sciences sociales. Applications à la gérontologie. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

Lefrançois, R. (1991). Dictionnaire de la recherche scientifique. Lennoxville : Les Éditions Némésis enr.

Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology, 5, 119-186. San Diego, CA: Academic Press.

Maccoby, N., & Alexander, J. (1979). Use of media in lifestyle programs. In P. Davidson (Ed.), Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. New York: Brunner/Mazel.

Maibach, E., & Parrott, R. L. (1995). Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice. CA, USA: Sage Publication Thousand Oaks.

McGuire, W. J. (1981). Theoretical foundations of campaigns. In R. E. Rice and W. J. Paisley (Eds.), Public Communication Campaigns (pp. 41-70). Beverly Hills, CA.: Sage.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q, 15, 351-378.

Monahan, J. L. (1995). Thiking positively: Using positive affect when designing health messages. In E.Maiback and R. L. Parrott (Eds.), Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice, 81-98. (1995). CA, USA: Sage Publication Thousand Oaks.

Novak, T. P., & MacEvoy, B. (1990, June). On comparing alternative segmentation schemes: The list of values (LOV) and values and lifestyles (VALS). Journal of Consumer Research, 17, 105-109.

Nowak, G. J., Jorgensen, C., Salmon, C. T., & Jason, J. (1993). Educating young adults about HIV and AIDS. Journal of Direct Marketing, 7(1), 31-41.

Nowak, G. J., & Siska, M. J. (1995). Using research to inform campaign development and message design. In E. Maiback and R. L. Parrott (Eds.), Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice, 169-185. CA, USA: Sage Publication Thousand Oaks.

Nunnally, J. C. (1978). Psychometric theory. New York: McGraw-Hill.

Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). Communication and persuasion: Central and Peripheral Routes to Attitude Change. New York: Springer.

Petty, R. E., Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. Advances in Experimental Social Psychology, 19, 123-205.

Pierce, J. P., Dwyer, T., Frape, G., Chapman, S., Chamberlain, A., & Burke, N. (1986). Evaluation of the Sydney "Quit for life" anti-smoking campaign. Part I. Achievement of intermediate goals. Med J Aust, 144, 341-347.

Piirto, R. (1990, December). Global psychographics Inc. American Demographics, 8, 30-35.

Puska, P., McAlister, A., Kiskela, K., Pekkola, J., Smolander, A. & Maccoby, N. (1986). Use of television in national health promotion: Experiences from Finland. In D. S. Leather, G. B. Hastings and J. K. Davies (Eds.), Health Education and the Media (pp. 143-157). Oxford: Pergamon Press.

Puska, P. et al. (1985). Planned use of mass media in national health promotion: The keys to health, T. V. program in 1982 in Finland. Canadian Journal of Public Health, 76, 336-342.

Rimer, B., & Glassman, B. (1984). How do persuasive health messages work? A health education field study. Health Education Quarterly, 11(3), 313-321.

Roger, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes. In fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo and R. E. Petty (Eds.), Social Psychophysiology, 153-176. New York: Guilford.

Rogers, E. M. (1983). Diffusion of Innovations (3rd ed.). New York: Free Press.

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

Rogers, R. W., & Mewborn, C. R. (1976). Fear appeals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness probability of occurrence, and the efficacy of the coping responses. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 54-61.

Salmon, C. T. (Ed.). (1989). Information campaigns: Balancing social values and social change. Sage Annual Reviews of Communication Research, 18. New York: Sage Publications.

Slater, M. D. (1995). Choosing audience segmentation strategies and methods for health communication. In E. Maibach and R. L. Parrott (Eds.), Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice, 186-198. CA, USA: Sage Publications: Thousand Oaks.

Solomon, D. S. (1989). A social marketing perspective on communication campaigns. In R.E. Rice and C. K. Atkin (Eds.), Public Communication Campaigns, 87-104. Newbury Park, CA: Sage.

Statistics Canada. (1992). Home language and mother tongue. Census of Canada (1991, Cat. No. 93-317). Ottawa: Industry, Science and Technology Canada.

Stevens, J. (1992). Applied multivariate statistics for the social sciences (2nd ed., pp. 438-495). N. J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Stephens, T. (1992). Tobacco or health status in the americas. Publié dans: A report of the Pan American Health Organization. Pan American Health Organization Scientific, 93-119.

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1991). Health measurement scales: A practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press.

Sutton, S. R. (1982). Fear-arousing communication: A critical examination of theory and research. In J. R. Eiser (Ed.), Social Psychology and Behavioral Medicine, 303-337. London: John Wiley

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). Using multivariate statistics (2nd ed.). NewYork: Harper Collins.

Wewers, M., Ahijevych, K., & Page, J. (1991). Evaluation of a mass media community smoking cessation campaign. Addictive Behaviors, 16,(5), 289-294.

Winston, W. J. (1983-1984, Winter/Spring). Psychographic/lifestyle aspects for market targeting. Health Marketing Quarterly, 1(2-3), 19-26.

Wheeler, R. J. (1988). Effects of a community-wide smoking cessation program. Social Science and Medicine,27, 1387-1392.

Witte, Kim. (1992). Using the persuasive health message framework to generate effective campaign messages. In E. Maiback and R. L. Parrott (Eds.), Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice, 145-166. (1995). CA, USA: Sage Publication Thousand Oaks.

Woods, D. R., Davis, D., & Westover, B. J. (1991, November/December). "America Responds to AIDS": Its Content, Development, Process and Outcome. Public Health Reports, 106(6), 616-622.

World Health Organization Working Group. (1984). Report of the working group on concepts and principles of health promotion. Copenhagen: WHO. (Later published in Health Promotion, vol. 1, pp. 73-76, 1986)

ANNEXE A

Résumé de l'évaluation des principales campagnes de santé

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION DES PRINCIPALES CAMPAGNES DE SANTÉ

Au plan national

Campagne "Drogues, pas besoin!/Really Me!", Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Canada (1987-1991)

Cette campagne poursuivait certains objectifs d'information et de sensibilisation de la Stratégie canadienne antidrogue lancée le 25 mai 1987 par le gouvernement fédéral. La Stratégie canadienne antidrogue visait à prévenir et à réduire la consommation abusive d'alcool et de drogues.

La campagne "Drogues pas besoin!/Really Me!", voulait rejoindre à la fois les jeunes et leurs parents. Il s'agissait de faire connaître aux jeunes de 11 à 17 ans et plus particulièrement au groupe des 11 à 13 ans, les avantages de mener une vie sans drogue par la diffusion de messages constructifs sur de saines habitudes de vie. La campagne visait à promouvoir la communication entre les enfants et leurs parents, puis à sensibiliser ces derniers au fait qu'ils constituent des modèles de comportement pour leurs enfants.

L'intervention médiatique de cette campagne se composait de messages à la télévision et à la radio; d'affiches installées dans les autobus et les abribus; d'annonces placées dans les magazines et les publications spécialisées, de même que de diverses activités d'information et de promotion. Un sommaire des effets de cette campagne a indiqué que dans les deux groupes, francophones et anglophones, sept adolescents canadiens sur dix ont reconnu les slogans "Really Me" et "Drogues, pas besoin!". Ils présentaient des attitudes plus constructives en matière d'alcool et de drogues en s'opposant, par exemple, à l'idée qu'une fête n'est pas une fête si l'on ne consomme pas d'alcool. La campagne a facilité la décision de 33% des anglophones et 25% des

francophones à ne pas consommer d'alcool ou de drogues. Un plus grand nombre de jeunes francophones ayant vu la campagne ont déclaré leur intention de ne pas boire et de ne pas prendre de drogues au cours de l'année suivante. Les jeunes des deux groupes qui ont vu la campagne étaient davantage portés à tenir des conversations à propos de l'alcool et des drogues. Suite à la campagne, la moitié des 11-13 ans et 17% des 14-17 ans disaient avoir eu une discussion avec leurs parents concernant la consommation des drogues et de l'alcool. Enfin, en ce qui concerne la consommation, le pourcentage de consommateurs d'alcool parmi les jeunes canadiens âgés de 11 à 17 ans est passé de 23% en 1989 à 14% en 1990, et de 8% en 1987 à 2% en 1990 pour les drogues comme la marijuana ou le haschisch.

Campagne "Moi, j'ai toute ma tête!/Play it Smart", Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Canada (1987-1991)

Afin de réduire les milliers d'accidents et de blessures ainsi que les centaines de décès causés chaque année par la conduite avec facultés affaiblies, le gouvernement fédéral a lancé en 1987 la campagne "Moi, j'ai toute ma tête!/Play it Smart". Cette campagne visait à décourager les jeunes (16 à 24 ans) de conduire après avoir consommé de l'alcool, et de les sensibiliser à leur rôle et à leurs responsabilités à titre de passagers.

La publicité extérieure dans les réseaux de transport en commun, la radio, la télévision et les activités de promotion constituaient les principaux moyens utilisés pour cette campagne. On a aussi projeté des films publicitaires de 60 secondes en début de programme dans les cinémas et les ciné-parcs partout au Canada.

Le slogan "Play it Smart" a été reconnu par plus de la moitié des répondants anglophones, tandis que près des deux tiers des jeunes francophones âgés de 16 à 24 ans

reconnaissaient le slogan "Moi, j'ai toute ma tête!". En ce qui concerne les attitudes, plus des deux tiers des répondants dans les deux groupes refuseraient de monter à bord d'une voiture dont le conducteur vient de consommer de l'alcool. En 1988, 18% des Canadiens âgés de 16 à 24 ans déclaraient qu'ils avaient conduit après avoir bu dans les deux mois précédant le sondage. En 1990, la tendance était à la baisse puisque le taux a chuté à 12%, on peut donc parler ici de succès mitigé.

Campagne "Fumer, c'est fini!/Break Free!", Ministère de la santé et du bien-être social, Canada (1987-1991)

C'est dans le cadre d'une entente de collaboration, en mai 1985, entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada et les organisations nationales de la santé pour réduire l'usage du tabac au pays, que la campagne "Fumer, c'est fini!/Break Free" a vu le jour.

Cette campagne avait pour but de renseigner les jeunes Canadiens sur les avantages d'une vie sans tabac, de dépeindre le tabagisme comme un comportement anormal et l'abstinence de tabac comme un comportement normal et, enfin, d'aider les jeunes à résister aux pressions qui les incitent à fumer. Différents médias ont été utilisés pour les fins de cette campagne, comme par exemple: la télévision, la radio, les affiches intérieures et extérieures sur les véhicules de transport en commun, les annonces dans des magazines ou dans des publications spécialisées et d'autres activités de promotion comme des concours d'affiches et de chansons.

L'étude de notoriété (rappel du message) menée auprès de 650 jeunes de 12 à 17 ans a démontré que le slogan "Break Free!" était plus connu par les jeunes anglophones (84%) que toute autre publicité sur le tabagisme (77%). Le slogan "Fumer c'est fini!"

obtient quant à lui une notoriété globale de 55%. Au niveau des attitudes, plus de 90% des jeunes francophones et anglophones ont dit qu'ils ne commenceraient pas à fumer et que grâce à la campagne, ils seraient beaucoup plus portés à dialoguer sur le tabagisme. Enfin, concernant les effets sur la consommation, plus d'anglophones que de francophones exposés à la campagne disaient avoir cessé de fumer. Le pourcentage de jeunes Canadiens (anglophones et francophones) âgés de 12 à 17 ans qui disaient fumer quotidiennement est passé de 18% en 1987 à 14% en 1990. En conclusion, l'objectif initial de cette campagne a été atteint puisque le pourcentage de fumeurs dans la population adulte est demeuré stable à 35%, entre 1986 et 1990, alors que le taux chez les jeunes a diminué.

Au plan international

Projet "Karelia du Nord", Finlande (1972 à 1977)

Le projet "Karelia du Nord" a été établi en Finlande de 1972 à 1977 et visait surtout les hommes dans la quarantaine. Ce projet avait pour buts: d'informer les gens sur les maladies cardio-vasculaires afin de réduire les facteurs de risques connus, de promouvoir le diagnostic précoce, le traitement et la réhabilitation des patients déjà atteints et, enfin, de diminuer les taux de mortalité et de morbidité liés à ce problème.

Le projet se voulait une vaste intervention communautaire comprenant différents programmes de santé utilisant les mass média, l'organisation de services comme le dépistage, l'entraînement des professionnels, ainsi que certains changements environnementaux, tel l'interdiction de fumer dans certains endroits publics (Koskela et al, 1976). Une évaluation sommative a démontré que ce projet a rencontré avec succès les objectifs de départ. Il a entraîné un véritable changement de comportement au niveau

de certaines habitudes de vie comme l'usage du tabac, l'alimentation, la surveillance de l'hypertension et les examens physiques périodiques.

Bien que l'on ait utilisé certains médias comme la radio et les journaux dans les différents programmes d'éducation de santé, on ne mentionne pas les effets directs de ces médias sur l'atteinte des objectifs. Toutefois, on indique qu'ils ont été utiles au début pour sensibiliser et augmenter les connaissances (Koskela, Puska, Tuomilehto, 1976). Pour sa part, la télévision a été utilisée comme support promotionnel aux diverses activités liées à ce projet, et elle a connu beaucoup de succès. Cependant, encore une fois, on ne peut attribuer ce succès uniquement à la télévision. La réussite de ce projet a entraîné la mise en oeuvre de plusieurs programmes de promotion télévisés comme le programme "Keys to Health", lancé en 1982 (Puska et al, 1985).

Programme composé d'émissions télévisées en promotion de la santé, "Keys to Health", Finlande (1982)

Le but de ce programme était de promouvoir une bonne santé en amenant les gens à adopter des comportements réduisant les risques de maladies cardio-vasculaires. L'accent du programme a surtout été mis sur l'usage du tabac, la diète, les loisirs et l'activité physique, tout en insistant sur la diminution de la consommation d'alcool, la réduction du stress et l'utilisation de techniques de relaxation. De l'information a aussi été fournie à propos des services disponibles pour le contrôle des maladies cardio-vasculaires.

Ce programme a été mis sur pied au printemps 1982 sur la chaîne TV2. Il était composé de 15 émissions hebdomadaires de 35 minutes chacune. Chaque émission était toujours diffusée la même journée à la même heure, soit à 18h30 p.m. En studio, pendant la diffusion, un groupe de huit volontaires et deux experts du projet North Karelia

apparaissait à l'écran. Ce groupe était représentatif de la population à qui s'adressait l'émission de télévision en termes d'âge, de sexe, de profession etc... et il réunissait plusieurs facteurs de risques communs (ex. : ils étaient tous fumeurs). Durant l'émission, le groupe recevait des conseils de la part des experts dans le but de modifier graduellement leurs comportements de santé, et les experts demandaient, en même temps, aux téléspectateurs de faire la même chose en comparant leurs expériences avec le groupe en studio. Avant le début du projet, la série télévisée a été publicisée dans plusieurs journaux et sur les ondes de TV2. Cette publicité demandait aux gens de suivre le programme et de le faire de préférence en groupe.

Une évaluation sommative a été effectuée à partir des données recueillies provenant d'un questionnaire envoyé par le courrier et complété par 4,025 sujets. Les résultats démontraient une cote d'écoute plus élevée, ainsi qu'un certain succès au niveau du changement et du maintien de nouveaux comportements. Il semble toutefois que l'impact de cette campagne a surtout été de préparer le pays à changer de style de vie et à adopter de nouveaux comportements. Les auteurs recommandent de poursuivre les efforts avec des expériences similaires dans d'autres pays.

Projet "You in mind" : Une série télévisée en santé mentale, Grande Bretagne (1987).

Cette série télévisée visait à éclairer les gens sur eux-mêmes, à les aider à clarifier leurs problèmes pour ainsi mieux les comprendre et pour trouver des solutions. Elle se composait de sept épisodes de 10 minutes portant chacun sur la santé mentale. La diffusion a eu lieu à 18h15, les dimanches soirs, entre le 22 février et le 19 avril 1987, sur une chaîne de Grande Bretagne.

Le ton et du contenu des émissions avaient un caractère positif. On y montrait des gens ordinaires discutant de leurs problèmes et des moyens efficaces utilisés dans le passé pour y faire face. Il y avait très peu d'apparition de professionnels de la santé. Un dépliant d'information était disponible gratuitement, sur demande, pour obtenir plus de renseignements.

Dans l'ensemble, cette série a eu plus d'impact sur la compréhension des problèmes qu'en ce qui a trait à l'acquisition de savoir-faire. Les auteurs recommandent de répéter l'expérience en utilisant des gens ordinaires et non seulement des experts. Ils recommandent aussi de spécifier clairement la population cible et de bien définir les objectifs de la campagne.

Projet "Stanford three community" Californie, États-Unis (1972 à 1975)

L'objectif de ce projet était de vérifier l'influence d'une intervention à large échelle sur les connaissances, les attitudes et les comportements à risques concernant les maladies cardio-vasculaires chez une population provenant de deux villes de grosseur moyenne et d'une ville contrôle de même grosseur (Farquhar et al, 1977).

Un devis quasi-expérimental a été utilisé et des sujets âgés entre 35 et 59 ans ont été choisis aléatoirement dans chacune des villes à l'étude pour chacune des trois années. La ville de Gilroy a reçu l'intervention des médias (télévision, radio, journaux etc...). La population de Watsonville a reçu le même traitement ainsi que du support et des leçons individuelles et enfin, la ville de Tracy n'a reçu pour sa part aucun traitement.

Les résultats démontrent, que pour l'ensemble des variables, la performance des villes de Gilroy et Watsonville est supérieure à celle de la ville de Tracy. Cependant, Watsonville obtient des résultats plus élevés que Gilroy sauf en ce qui a trait aux

connaissances, où le gain est sensiblement le même dans les deux villes (Flora, Maccoby et Farquhar, 1989). Ce projet a permis d'obtenir de véritables changements de comportements dans différents aspects du style de vie comme: une diminution de la tension artérielle; une diminution de la consommation de cigarettes et de cholestérol; et une augmentation des connaissances et de l'activité physique pour les villes de Gilroy et Watsonville.

Ce succès est principalement attribué à la qualité de la campagne: un contenu persuasif, attrayant, donnant le goût de s'engager dans un changement. Il est également dû au choix et à la complémentarité des méthodes éducatives utilisées soit les médias, la communication interpersonnelle et le contact direct. En outre, ce qui est encore plus gratifiant, c'est que les changements obtenus dans la première année du projet se sont améliorés et même maintenus dans les années subséquentes (Maccoby et Alexander, 1979).

Campagne "Health Style", États-Unis (1981)

Au printemps 1981, la campagne "Health Style" a été lancée par le Bureau d'information et de promotion de la santé du Département de santé et des ressources humaines des États-Unis. La stratégie de communication utilisée pour cette campagne nationale de promotion de la santé était composée de médias de masse comme la télévision, la radio et les journaux et de programmes communautaires. La dimension communautaire a exigé l'implication de neuf villes américaines. Chacune de ces villes s'est engagée à développer et à implanter un programme local tout en collaborant au plan national.

La campagne "Health Style" visait le comportement de santé des gens à la fois pour la cigarette, l'alcool et les drogues, la nutrition, l'exercice, le stress et la sécurité. Elle avait pour buts: de conscientiser les gens concernant les effets du style de vie sur la santé; de rendre les gens capables d'évaluer quels changements au niveau de leur style de vie contribueraient le mieux à améliorer leur santé; de stimuler les gens à chercher de l'information et enfin; d'encourager le développement de réseaux de personnes ressources et d'activités de promotion de la santé.

Une des hypothèses à la base de cette campagne était que les médias seront plus efficaces si différents réseaux et différentes méthodes de communication sont utilisés et si des efforts nationaux sont déployés pour supporter les programmes locaux.

Une évaluation sommative a été réalisée dans le but de connaître les effets généraux de cette campagne, surtout les bénéfices retirés, de même que les changements d'attitudes et de comportements. La collecte des données a été effectuée à partir d'entrevues personnelles. Ces entrevues ont été faites avant et après la campagne. Les résultats démontrent que les gens ont augmenté leurs connaissances et modifié certains aspects de leur style de vie, surtout en ce qui concerne la nutrition et l'exercice.

Dans l'ensemble, Davis et Iverson (1984) rapportent que la campagne fut une expérience positive même si les résultats sont limités. Cette expérience a permis de retirer certaines leçons qui seront utiles dans l'élaboration de futures campagnes.

Campagne de la Compagnie Kellogg et de l'Institut national du cancer, États-Unis (1984)

En 1984, une campagne a été lancée aux États-Unis par la compagnie Kellogg et l'Institut national du cancer. Cette campagne avait pour principal objectif d'amener les

gens à modifier leurs habitudes alimentaires, en augmentant la consommation d'aliments riches en fibres et faibles en gras, afin de réduire les risques de développer certaines formes de cancer.

Des annonces publicitaires à la télévision et dans les journaux ont été diffusées, un message a également été imprimé sur les boîtes de céréales All-Bran avec le numéro de téléphone sans frais du service d'information de l'Institut national du cancer et, enfin, diverses activités de relations publiques ont été organisées auprès des professionnels de la santé.

Pour évaluer l'impact de cette campagne, une enquête téléphonique a été effectuée en deux temps sur les connaissances, les attitudes et les comportements du public concernant les risques et la prévention du cancer. Dans un premier temps, 1876 entrevues téléphoniques ont été réalisées en juin 1983 puis, 1898 entrevues ont été complétées en avril 1985. Les résultats démontrent que c'est chez le consommateur de céréales All-Bran que l'impact a été le plus grand, surtout en ce qui concerne la notoriété (rappel du message). Toutefois peu de sujets (7%) ont affirmé consommer davantage de son, de fibres et de grains entiers pour réduire leurs risques de développer un cancer.

La vente et la consommation de céréales riches en fibres ont augmenté, et particulièrement les céréales All-Bran. D'autres effets positifs ont été rapportés au plan de: la publicité dans l'industrie alimentaire, la crédibilité de la compagnie Kellogg et de l'Institut national du cancer, et concernant les règlements d'étiquetage des aliments. Il serait intéressant de poursuivre des recherches dans cette direction, à savoir l'utilisation du marketing de certains produits pour diffuser des messages de santé publique.

Asbestos Awareness Campaign, États-Unis (1978)

Cette campagne visait à augmenter la conscientisation et l'information concernant la nature, l'étendue et le sérieux de l'exposition à l'amiante pour les groupes cibles à risques et la population en général. Le but de cette étude était d'analyser les effets de cette campagne considérant la présence des "gatekeepers" c'est-à-dire de ceux qui sont responsables de la diffusion de l'information, comme l'éditeur ou le chef des nouvelles.

Différents médias ont été utilisés tels que: la télévision, la radio, la presse écrite et les programmes d'action locale, et ce, à travers tout le pays. Une évaluation sommative en trois temps (juin 78, octobre 78 et février 79) a démontré une augmentation des connaissances pour l'ensemble des sujets, mais à un niveau légèrement moindre chez les 50 ans et plus.

La conclusion la plus importante de cette étude est que l'efficacité d'une telle campagne est clairement dépendante de la coopération des "média gatekeepers". Ceux-ci jouent un rôle très significatif comme intermédiaire entre l'émetteur et le récepteur. Ils contrôlent non seulement la fréquence et la durée d'exposition des messages, mais aussi le contenu qui sera diffusé. Ils peuvent, en effet décider d'écourter, de simplifier ou de déformer les messages à diffuser en raison des exigences de leur employeur.

Cette étude souligne l'importance de la communication entre les professionnels de la santé et ceux des médias. Tous deux doivent discuter et décider du rôle et des priorités de chacun en promotion de la santé. Ils pourront ainsi mieux se comprendre et travailler ensemble à des objectifs communs.

Campagne pour cesser de fumer, Columbus, Ohio, États-Unis (1988)

Plusieurs recherches indiquent que les programmes pour cesser de fumer qui utilisent la télévision et les médias écrits (comme les journaux) peuvent être efficaces à réduire l'usage du tabac (Cummings, Sciandra et Markello, 1987; Danaher, Berkanovic et Gerber, 1984; Flay, 1987; Wheeler, 1988). Flay (1987) insiste sur l'importance d'augmenter nos connaissances par rapport à l'utilisation des mass média en promotion de la santé. Il faudrait, selon lui, étudier l'efficacité de différents médias et leur impact sur des sujets choisis au hasard plutôt que seulement chez des sujets volontaires.

C'est dans cet esprit que Wewers et al (1991) ont décidé d'étudier l'influence d'un programme pour cesser de fumer sur le comportement lié à l'usage du tabac chez deux groupes de sujets, soit un groupe choisi au hasard et l'autre composé de sujets volontaires.

Le programme consistait à présenter, pendant 12 jours, une série de segments télévisés d'une durée de 90 secondes chacun, et ce, au moment des bulletins de nouvelles de 18 heures et de 23 heures. De plus, un supplément de 12 pages a été publié dans le journal local trois jours avant le début de la campagne. Ce supplément faisait surtout la promotion des différents moyens que l'on peut utiliser pour cesser de fumer, tel l'usage de la gomme de nicotine.

Les résultats obtenus sont intéressants mais limités en raison de la méthodologie utilisée. Davantage de volontaires ont essayé de cesser de fumer et ils sont aussi plus nombreux dans ce groupe à avoir acquis et maintenu le comportement. L'usage de la gomme de nicotine est plus élevé chez les volontaires.

Concernant l'efficacité des médias, la télévision semble avoir eu un effet de renforcement chez les volontaires déjà motivés et peu d'effets chez les autres. En

conclusion, le programme semble influencer davantage les volontaires que les sujets choisis au hasard.

Campagne anti-tabagisme "Quit for Life", Australie (1983)

La campagne "Quit for Life" lancée en 1983 à Sydney, en Australie, avait comme principal but de réduire le tabagisme. Les buts spécifiques étaient les suivants: réaliser et présenter des annonces télévisées différentes de celles qui existent déjà, c'est-à-dire originales et plus efficaces, et dont plus de 50% des gens vont se souvenir; augmenter grâce à ces annonces, l'utilisation des services d'information et de traitement; motiver les fumeurs à cesser de fumer et, enfin; augmenter le nombre de personnes qui essaient de réduire leur usage du tabac durant la campagne. Différents médias tels que la radio, la télévision et les journaux ont été utilisés pour faire des annonces publicitaires sur les effets nocifs du tabac. Durant l'année 1983, un total de 389 annonces télévisées ont été diffusées. Ces annonces se regroupaient en trois catégories: les effets nocifs du tabac sur les poumons présentés par l'annonce intitulée "Sponge", qui a représenté 53.2% du total des annonces diffusées; les désavantages de fumer pour la santé, représentés au niveau social par le "Salesman" (14%) et enfin; certaines raisons valables présentées par des fumeurs pour cesser de fumer et pour communiquer avec la "Quit line" afin d'avoir de l'aide pour se défaire de cette habitude (32.6%).

L'impact immédiat de cette campagne a été mesuré par le nombre d'appels reçus au "Quit Line" et par le nombre de personnes ayant eu recours aux services du "Quit Centre". Ce centre était localisé à l'Hôpital de Sydney pour toute la durée de la campagne. Une évaluation sommative de premier niveau, soit la notoriété, a été faite par des entrevues effectuées par la compagnie de recherche Roy Morgan. On a demandé aux

individus s'ils se rappelaient avoir vu les différentes annonces et leurs messages en leur montrant des photos représentant certaines scènes de ces annonces. Une évaluation de deuxième niveau a été faite en procédant de la même façon. Pour évaluer la prévalence, on a effectué une enquête un an plus tard auprès des résidents des deux mêmes villes (Sydney et Melbourne, ville contrôle) et l'on a obtenu un taux de réponses d'environ 75%. La proportion de gens qui avaient cessé de fumer ou diminué leur consommation a été calculée en comparant les réponses obtenues avant et après la campagne.

Dans l'ensemble, les résultats démontrent que les annonces télévisées, leurs fréquences et moments de diffusion ont produit une plus grande notoriété que l'utilisation des services de support ("Quit Line", "Quit Centre"). D'autre part, durant la campagne, il y a eu une plus grande augmentation dans le nombre de fumeurs qui ont manifesté leur intention de cesser de fumer à Sydney qu'à Melbourne. Toutefois, peu de temps après la campagne, les résultats se sont avérés positifs et très semblables dans les deux villes. De plus, dans l'année suivant la campagne, 66% des fumeurs de Sydney ont essayé d'arrêter ou de diminuer leur usage du tabac comparativement à 60% à Melbourne. Parmi les fumeurs de Sydney, 23% ont cessé de fumer dans la période post-campagne comparativement à 9% pour Melbourne, ce qui représente une différence significative. Par contre, 10% des ex-fumeurs d'avant la campagne ont rechuté à Sydney comparativement à 11% à Melbourne. Enfin, 4% des non-fumeurs des deux villes ont commencé à fumer avant la fin de la période post-campagne. Le taux final de prévalence dans l'usage de la cigarette attribuable à la campagne représentait un total de 2.8%. Ce taux signifiait qu'il y avait approximativement 83,000 fumeurs de moins à Sydney en 1984 que l'année précédente.

Campagne de promotion de l'activité physique, Australie (1990)

La semaine du coeur (1990), "Exercise make it part of your day"

Cette campagne, menée par la Fondation nationale pour les maladies du coeur, avait pour but d'augmenter la connaissance du rôle préventif de l'activité physique au niveau des maladies cardiaques et d'encourager le sédentaire à marcher quotidiennement (Booth et al, 1992). Elle se composait d'activités médiatiques (annonces télévisées, émissions télévisées, radio, publicité, journaux etc...) d'activités éducatives et d'activités de promotion (marches communautaires, vente de chandails etc.).

Pour mesurer l'impact de la campagne, on a utilisé un devis avant-après. On a ainsi mesuré certaines variables comme le rappel du message, les changements de croyances, les connaissances quant au rôle de l'activité physique sur les maladies cardio-vasculaires, la fréquence des séances d'exercice de marche et de certaines activités physiques plus vigoureuses.

On voulait aussi savoir si les effets de la campagne sur le niveau d'activité physique variaient en fonction des segments socio-démographiques de la population. Ces variables ont été mesurées deux semaines avant et quatre semaines après la campagne.

Les résultats de l'évaluation sommative sont intéressants. En ce qui concerne la notoriété, 71% des participants se rappelaient du message et parmi ceux-ci un peu plus de femmes (80.3%) que d'hommes (72.8%). Il y a une faible augmentation concernant les croyances et les connaissances, soit de 92.1% à 94.2%, quant à la fréquence de la marche, un plus grand nombre de personnes âgées de 50 ans et plus ont affirmé faire de la marche régulièrement et à une fréquence plus élevée dans les deux semaines suivant la campagne. Il n'y a pas eu de changements chez ceux qui faisaient déjà beaucoup

d'exercices. Une légère augmentation de la fréquence a par ailleurs été noté chez ceux qui en faisaient modérément.

Dans une perspective de santé publique, même un petit changement de 3% en terme de pratique de la marche chez les Australiens constitue un résultat intéressant puisque ce 3% représente environ 300,000 adultes. Les résultats de cette étude doivent quand même être interprétés avec réserve en raison d'un devis avant-après sans groupe contrôle (Brown et al, 1990).

La campagne s'est avérée efficace à rejoindre tous les segments du public cible, même les gens plus âgés et les moins éduqués, ce qui est important pour réduire les inégalités. En conclusion, les auteurs rapportent que les activités dans la communauté sont probablement en grande partie responsables du succès de cette campagne parce qu'elles maintiennent le changement initié par les médias.

Campagne America Responds to Aids (ARTA),Etats-Unis (1987-1993)

La campagne America Responds to Aids(ARTA) est une campagne d'information - prévention lancée en 1987 par le centre national pour le contrôle des maladies (Centers for Disease Control) des Etats-Unis. Cette campagne faisait partie de leur programme national soit le NAIEP (National AIDS Information and Education Program), qui avait pour but d'éduquer le public à propos du VIH et d'empêcher la poursuite de l'épidémie du sida. Initialement, cette campagne se voulait une réponse immédiate à une situation de crise concernant le sida. ARTA s'est ensuite transformée en traversant six phases distinctes durant lesquelles du matériel d'éducation et de prévention a été distribué pour répondre aux besoins d'un public tant général que spécifique. Depuis son lancement en 1987, jusqu'à la fin de son mandat en 1993, ARTA a diffusé 83 messages télévisés, 68

messages radio, 62 affiches, 53 annonces imprimés et 20 brochures (Nowak et Siska, 1995; Woods, Davis et Westover, 1991).

Dans un but d'évaluation, différentes sortes de recherches ont été entreprises à certaines étapes des diverses phases d'ARTA pour permettre à la campagne de s'ajuster et de mieux répondre aux besoins des publics cibles. Les types de recherches recommandés par un comité expert du National Academy of Science (NAS) étaient les suivants: l'évaluation formative, pour identifier les concepts et stratégies les plus efficaces; des périodes d'essai, pour évaluer si la campagne pouvait faire une différence; une évaluation du processus, pour connaître l'information réellement transmise, et enfin; une évaluation sommative, pour savoir si la campagne a vraiment fait une différence (Nowak et Siska, 1995).

Les résultats de cette campagne démontrent une excellente notoriété. Tous les adultes des Etats-Unis âgés de 18 à 54 ans ont eu l'opportunité de voir ou d'entendre un message d'ARTA télévisé, radiodiffusé ou imprimé au moins 56 fois entre 1987 et 1992 et ce à un coût d'environ un sous par exposition. Le message télévisé constitue pour 72% des américains, la principale source d'information à propos du VIH et du sida (Nowak et Siska, 1995). Le niveau de connaissances concernant le VIH et le sida a sans aucun doute augmenté chez la plupart des américains âgés de 18 à 54 ans. Mais, plus important encore, un grand pourcentage d'entre eux affirment être désormais en mesure de distinguer correctement les modes de transmission du sida, en plus d'être mieux disposés à entrer en contact avec des personnes infectées. En ce qui concerne les changements de comportements, les résultats indiquent que la plupart des jeunes adultes qui se savaient à risques ont fait des efforts pour réduire ce risque. Ces jeunes adultes croient qu'il faut

insister davantage sur une utilisation correcte et assidue du condom. Dans l'ensemble, les changements de comportements à l'égard du sida qui ont été rapportés par les américains se comparent favorablement à ceux de la France et de l'Angleterre. ARTA fut un succès et s'engage à poursuivre ses efforts dans le perfectionnement de son modèle de communication en santé publique.

ANNEXE B

Répartition des fréquences relatives aux items du GOMS

Répartition des fréquences relatives aux items de la sous-dimension style du GOMS pour chaque message visionné (N:110)¹

ITEMS					
Bad/Good B=1 G=5					
	1	2	3	4	5
1 ^e message	0 (0%)	4 (3.7%)	15 (13.9%)	45 (41.7%)	44 (40.7%)
2 ^e message	2 (1.8%)	15 (13.6%)	22 (20%)	50 (45.5%)	21 (19.1%)
3 ^e message	9 (8.2%)	17 (15.5%)	27 (24.5%)	34 (30.9%)	23 (20.9%)
4 ^e message	3 (2.7%)	15 (13.6%)	14 (12.7%)	23 (20.9%)	55 (50%)
5 ^e message	2 (1.8%)	7 (6.4%)	8 (7.3%)	30 (27.3%)	63 (57.3%)
Interesting/Boring I=1 B=5					
	1	2	3	4	5
1 ^e message	53 (49.1%)	33 (30.6%)	13 (12%)	4 (3.7%)	5 (4.6%)
2 ^e message	18 (16.5%)	45 (41.3%)	30 (27.5%)	14 (12.8%)	2 (1.8%)
3 ^e message	17 (15.5%)	28 (25.5%)	31 (28.2%)	23 (20.9%)	11 (10%)
4 ^e message	49 (44.5%)	25 (22.7%)	19 (17.3%)	15 (13.6%)	2 (1.8%)
5 ^e message	53 (48.2%)	34 (30.9%)	10 (9.1%)	9 (8.2%)	4 (3.6%)
Too Short/Too Long T=1 T=5					
	1	2	3	4	5
1 ^e message	6 (5.5%)	27 (24.5%)	75 (68.2%)	1 (.9%)	1 (.9%)
2 ^e message	9 (8.3%)	26 (24.1%)	71 (65.7%)	2 (1.9%)	0 (0%)
3 ^e message	37 (33.6%)	37 (33.6%)	34 (30.9%)	1 (.9%)	1 (.9%)
4 ^e message	0 (0%)	3 (2.7%)	95 (86.4%)	10 (9.1%)	2 (1.8%)
5 ^e message	1 (.9%)	2 (1.8%)	94 (85.5%)	10 (9.1%)	3 (2.7%)
Frightening/Reass uring F=1 R=5					
	1	2	3	4	5
1 ^e message	1 (.9%)	1 (.9%)	57 (52.8%)	35 (32.4%)	14 (13%)
2 ^e message	2 (1.8%)	4 (3.7%)	66 (60.6%)	29 (26.6%)	8 (7.3%)
3 ^e message	12 (10.9%)	40 (36.4%)	55 (50%)	3 (2.7%)	0 (0%)
4 ^e message	11 (10%)	42 (38.2%)	42 (38.2%)	12 (10.9%)	3 (2.7%)
5 ^e message	24 (22%)	47 (43%)	31 (28.4%)	5 (4.6%)	2 (1.8%)

Evasive/Direct E=1 D=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	2 (1.8%)	7 (6.4%)	13 (11.9%)	47 (43.1%)	40 (36.7%)
2 ^e message	1 (.9%)	10 (9.2%)	15 (13.8%)	40 (36.7%)	43 (39.4%)
3 ^e message	5 (4.6%)	13 (11.9%)	18 (16.5%)	28 (25.7%)	45 (41.3%)
4 ^e message	1 (.9%)	7 (6.4%)	6 (5.5%)	35 (31.8%)	61 (55.5%)
5 ^e message	3 (2.8%)	2 (1.8%)	14 (12.8%)	37 (33.9%)	53 (48.6%)
Sad/Fun S=1 F=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	2 (1.8%)	0 (0%)	13 (11.9%)	27 (24.8%)	67 (61.5%)
2 ^e message	2 (1.8%)	3 (2.8%)	77 (70.6%)	22 (20.6%)	5 (4.6%)
3 ^e message	8 (7.3%)	22 (20.2%)	76 (69.7%)	3 (2.8%)	0 (0%)
4 ^e message	4 (3.6%)	15 (13.6%)	66 (60%)	16 (14.5%)	9 (8.2%)
5 ^e message	39 (35.8%)	41 (37.6%)	27 (24.8%)	1 (.9%)	1 (.9%)
Lively/Dull L=1 D=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	72 (65.5%)	27 (24.5%)	5 (4.5%)	4 (3.6%)	2 (1.8%)
2 ^e message	18 (16.5%)	31 (28.4%)	47 (43.1%)	11 (10.1%)	2 (1.8%)
3 ^e message	2 (1.8%)	6 (5.5%)	51 (46.8%)	34 (31.2%)	16 (14.7%)
4 ^e message	18 (16.4%)	29 (26.4%)	48 (43.6%)	9 (8.2%)	6 (5.5%)
5 ^e message	9 (8.3%)	24 (22%)	65 (59.6%)	9 (8.3%)	2 (1.8%)

¹Réponses obtenues indépendamment du message présenté

Répartition des fréquences relatives aux items de la sous-dimension contenu du GOMS pour chaque message visionné. (N:110)¹

ITEMS					
Info/Not Info I=1 N=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	24 (21.8%)	52 (47.3%)	19 (17.3%)	14 (12.7%)	1 (.9%)
2 ^e message	26 (23.6%)	46 (41.8%)	26 (23.6%)	10 (9.1%)	2 (1.8%)
3 ^e message	16 (14.5%)	31 (28.2%)	23 (20.9%)	23 (20.9%)	17 (15.5%)
4 ^e message	69 (62.7%)	31 (28.2%)	6 (5.5%)	3 (2.7%)	1 (.9%)
5 ^e message	56 (50.9%)	28 (25.5%)	12 (10.9%)	13 (11.8%)	1 (.9%)
For all/For target F=1 F=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	38 (34.5)	30 (27.3%)	11 (10%)	27 (24.5%)	4 (3.6%)
2 ^e message	28 (25.5%)	22 (20%)	16 (14.5%)	31 (28.2%)	13 (11.8%)
3 ^e message	60 (54.5%)	24 (21.8%)	16 (14.5%)	3 (2.7%)	7 (6.4%)
4 ^e message	36 (32.7%)	21 (19.1%)	11 (10%)	31 (28.2%)	11 (10%)
5 ^e message	79 (71.8%)	16 (14.5)	4 (3.6%)	8 (7.3%)	3 (2.7%)
Convincing/Uncon. C=1 U=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	18 (16.4%)	51 (46.4%)	30 (27.3%)	10 (9.1%)	1 (.9%)
2 ^e message	16 (14.5%)	36 (32.7%)	41 (37.3%)	15(13.6%)	2 (1.8%)
3 ^e message	28 (25.5%)	28 (25.5%)	23 (20.9%)	20 (18.2%)	11 (10%)
4 ^e message	47 (42.7%)	42 (38.2%)	15 (13.6%)	5 (4.5%)	1 (.9%)
5 ^e message	61 (55.5%)	35 (31.8%)	9 (8.2%)	4 (3.6%)	1 (.9%)
Confusing/Straight C=1 S=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	2 (1.8%)	4 (3.6%)	15 (13.6%)	39 (35.5%)	50 (45.5%)
2 ^e message	1 (.9%)	7 (6.4%)	18 (16.4%)	44 (40%)	40 (36.4%)
3 ^e message	6 (5.5%)	8 (7.3%)	21 (19.1%)	30 (27.3%)	45 (40.9%)
4 ^e message	1 (.9%)	6 (5.5%)	16 (14.5%)	26 (23.6%)	61 (55.5%)
5 ^e message	1 (.9%)	5 (4.5%)	12 (10.9%)	30 (27.3%)	62 (56.4%)

Useful/Useless U=1 U=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	33 (30%)	57 (51.8%)	15 (13.6%)	3 (2.7%)	2 (1.8%)
2 ^e message	27 (24.5%)	47 (42.7%)	26 (23.6%)	7 (6.4%)	3 (2.7%)
3 ^e message	25 (22.7%)	38 (34.5%)	26 (23.6%)	14 (12.7%)	7 (6.4%)
4 ^e message	54 (49.1%)	33 (30%)	15 (13.6%)	5 (4.5%)	3 (2.7%)
5 ^e message	63 (53.7%)	35 (31.8%)	9 (8.2%)	2 (1.8%)	1 (.9%)
Relevant/Irrelevant R=1 I=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	42 (38.2%)	53 (48.2%)	13 (11.8%)	2 (1.8%)	0 (0%)
2 ^e message	37 (33.6%)	50 (45.5%)	16 (14.5%)	6 (5.5%)	1 (.9%)
3 ^e message	30 (27.3%)	49 (44.5%)	21 (19.1%)	6 (5.5%)	4 (3.6%)
4 ^e message	56 (50.9%)	38 (34.5%)	14 (12.7%)	1 (.9%)	1 (.9%)
5 ^e message	66 (60%)	35 (31.8%)	6 (5.5%)	2 (1.8%)	1 (.9%)
Talking to me/Some M=1 S=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	42 (38.2%)	29 (26.4%)	24 (21.8%)	7 (6.4%)	8 (7.3%)
2 ^e message	29 (26.4%)	28 (25.5%)	32 (29.1%)	15 (13.6%)	6 (5.5%)
3 ^e message	45 (40.9%)	27 (24.5%)	29 (26.4%)	2 (1.8%)	7 (6.4%)
4 ^e message	42 (38.2%)	22 (20%)	31 (28.2%)	9 (8.2%)	6 (5.5%)
5 ^e message	59 (53.6%)	19 (17.3%)	24 (21.8%)	6 (5.5%)	2 (1.8%)

1 Réponses obtenues indépendamment du message présenté

Répartition des fréquences relatives aux items de la sous-dimension **sentiment** du GOMS pour chaque message visionné (N:110)¹

ITEMS					
Tense/Relaxed T=1 R=5					
	1	2	3	4	5
1 ^e message	0 (0%)	3 (2.8%)	14 (12.8%)	47 (43.1%)	45 (41.3%)
2 ^e message	0 (0%)	12 (10.9%)	52 (47.3%)	29 (26.4%)	17 (15.5%)
3 ^e message	5 (4.5%)	23 (20.9%)	50 (45.5%)	18 (16.4%)	14 (12.7%)
4 ^e message	9 (8.2%)	29 (26.4%)	51 (46.4%)	10 (9.1%)	11 (10%)
5 ^e message	14 (12.7%)	33 (30%)	43 (39.1%)	14 (12.7%)	6 (5.5%)
Concerned/Uncon. C=1 U=5					
	1	2	3	4	5
1 ^e message	3 (2.8%)	23 (21.1%)	49 (45%)	24 (22%)	10 (9.2%)
2 ^e message	6 (5.5%)	29 (26.4%)	54 (49.1%)	20 (18.2%)	1 (.9%)
3 ^e message	14 (12.7%)	44 (40%)	31 (28.2%)	13 (11.8%)	8 (7.3%)
4 ^e message	17 (15.5%)	56 (50.9%)	27 (24.5%)	7 (6.4%)	3 (2.7%)
5 ^e message	35 (31.8%)	50 (45.5%)	20 (18.2%)	5 (4.5%)	0 (%)
Insecure/Secure I=1 S=5					
	1	2	3	4	5
1 ^e message	0 (0%)	1 (.9%)	37 (33.6%)	50 (45.5%)	22 (20%)
2 ^e message	0 (0%)	8 (7.3%)	50 (45.5%)	40 (36.4%)	12 (10.9%)
3 ^e message	5 (4.5%)	10 (9.1%)	62 (56.4%)	24 (21.8%)	9 (8.2%)
4 ^e message	2 (1.8%)	20 (18.2%)	48 (43.6%)	24 (21.8%)	16 (14.5%)
5 ^e message	6 (5.5%)	32 (29.1%)	40 (36.4%)	23 (20.9%)	9 (8.2%)
Comforted/Alarmed C=1 A=5					
	1	2	3	4	5
1 ^e message	9 (8.2%)	30 (27.3%)	62 (56.4%)	9 (8.2%)	0 (0%)
2 ^e message	4 (3.6%)	21 (19.1%)	72 (65.5%)	11 (10%)	2 (1.8%)
3 ^e message	4 (3.6%)	8 (7.3%)	55 (50%)	37 (33.6%)	6 (5.5%)
4 ^e message	5 (4.5%)	8 (7.3%)	58 (52.7%)	31 (28.2%)	8 (7.3%)
5 ^e message	1 (.9%)	10 (9.1%)	36 (32.7%)	48 (43.6%)	15 (13.6%)

Angry/Calm A=1 C=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	0 (0%)	0 (0%)	30 (27.5%)	42 (38.5%)	37 (33.9%)
2 ^e message	0 (0%)	4 (3.6%)	48 (43.6%)	39 (35.5%)	19 (17.3%)
3 ^e message	0 (0%)	4 (3.6%)	72 (65.5%)	23 (20.9%)	11 (10%)
4 ^e message	2 (1.8%)	7 (6.4%)	62 (56.4%)	27 (24.5%)	12 (10.9%)
5 ^e message	9 (8.2%)	16 (14.5%)	65 (59.1%)	12 (10.9%)	8 (7.3%)
Discouraged/Encour. D=1 E=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	0 (0%)	5 (4.5%)	48 (43.5%)	37 (33.6%)	20 (18.2%)
2 ^e message	1 (.9%)	4 (3.6%)	64 (58.2%)	34 (30.9%)	7 (6.4%)
3 ^e message	2 (1.8%)	20 (18.2%)	76 (69.1%)	10 (9.1%)	2 (1.8%)
4 ^e message	2 (1.8%)	13 (11.8%)	67 (60.9%)	17 (15.5%)	11 (10%)
5 ^e message	7 (6.4%)	24 (21.8%)	67 (60.9%)	9 (8.2%)	3 (2.7%)
Amused/Not Amused A=1 N=5	1	2	3	4	5
1 ^e message	67 (60.9%)	28 (25.5%)	11 (10%)	1 (.9%)	3 (2.7%)
2 ^e message	7 (6.4%)	31 (28.4%)	42 (38.5%)	23 (21.1%)	6 (5.5%)
3 ^e message	1 (.9%)	6 (5.5%)	51 (46.4%)	23 (20.9%)	29 (26.4%)
4 ^e message	10 (9.1%)	23 (20.9%)	54 (49.1%)	15 (13.6%)	8 (7.3%)
5 ^e message	1 (.9%)	5 (4.5%)	40 (36.4%)	26 (23.6%)	38 (34.5%)

¹ Réponses obtenues indépendamment du message présenté

Répartition des fréquences relatives aux items de la dimension **menace** du GOMS pour chaque message visionné (N:110)¹

ITEMS					
I am preoccupied by the health problem of HIV/AIDS	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	18 (16.5%)	36 (33%)	18 (16.5%)	23 (21.1%)	14 (12.8%)
2 ^e message	21 (19.1%)	36 (32.7%)	18 (16.4%)	23 (20.9%)	12 (10.9%)
3 ^e message	20 (18.2%)	33 (30%)	18 (16.4%)	26 (23.6%)	13 (11.8%)
4 ^e message	24 (21.8%)	35 (31.8%)	15 (13.6%)	24 (21.8%)	12 (10.9%)
5 ^e message	28 (25.5%)	29 (26.4%)	14 (12.7%)	24 (21.8%)	15 (13.6%)
I see myself as a person at risk of getting HIV/AIDS	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	10 (9.1%)	29 (26.4%)	14 (12.7%)	34 (30.9%)	23 (20.9%)
2 ^e message	14 (12.7%)	25 (22.7%)	12 (10.9%)	38 (34.5%)	21 (19.1%)
3 ^e message	10 (9.1%)	28 (25.5%)	12 (10.9%)	39 (35.5%)	21 (19.1%)
4 ^e message	16 (14.5%)	30 (27.3%)	10 (9.1%)	38 (34.5%)	16 (14.5%)
5 ^e message	12 (10.9%)	33 (30%)	16 (14.5%)	31 (28.2%)	18 (16.4%)
It can't happen to me	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	4 (3.6%)	10 (9.1%)	4 (3.6%)	48 (43.6%)	44 (40%)
2 ^e message	4 (3.6%)	9 (8.2%)	11 (10%)	44 (40%)	42 (38.2%)
3 ^e message	2 (1.8%)	5 (4.5%)	14 (12.7%)	45 (40.9%)	44 (40%)
4 ^e message	4 (3.6%)	6 (5.5%)	9 (8.2%)	43 (39.1%)	48 (43.6%)
5 ^e message	4 (3.6%)	9 (8.2%)	7 (6.4%)	43 (39.1%)	47 (42.7%)
I don't think I'm at risk because I have a regular partner	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	8 (7.3%)	18 (16.4%)	17 (15.5%)	42 (38.2%)	24 (21.8%)
2 ^e message	6 (5.5%)	22 (20%)	18 (16.4%)	40 (36.4%)	22 (20%)
3 ^e message	8 (7.3%)	20 (18.2%)	20 (18.2%)	43 (39.1%)	17 (15.5%)
4 ^e message	4 (3.6%)	21 (19.1%)	13 (11.8%)	44 (40%)	26 (23.6%)
5 ^e message	8 (7.3%)	16 (14.5%)	14 (12.7%)	42 (38.2%)	28 (25.5%)

My partner does not talk about HIV/AIDS with me	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	7 (6.4%)	14 (12.8%)	28 (25.7%)	33 (30.3%)	25 (22.9%)
2 ^e message	9 (8.3%)	12 (11%)	30 (27.5%)	32 (29.4%)	24 (22%)
3 ^e message	8 (7.3%)	13 (11.9%)	31 (28.4%)	32 (29.4%)	23 (21.1%)
4 ^e message	6 (5.5%)	14 (12.8%)	30 (27.5%)	35 (32.1%)	22 (20.2%)
5 ^e message	5 (4.6%)	18 (16.5%)	28 (25.7%)	31 (28.4%)	25 (22.9%)
I need an exciting life so I don't bother about using a condom	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	1 (.9%)	1 (.9%)	4 (3.6%)	20 (18.2%)	82 (74.5%)
2 ^e message	2 (1.8%)	2 (1.8%)	4 (3.7%)	22 (20.2%)	77 (70.6%)
3 ^e message	2 (1.8%)	1 (.9%)	3 (2.8%)	23 (21.1%)	78 (71.6%)
4 ^e message	3 (2.8%)	1 (.9%)	2 (1.8%)	22 (20.2%)	79 (72.5%)
5 ^e message	3 (2.8%)	1 (.9%)	6 (5.5%)	20 (18.3%)	77 (70.6%)
I never got any STD'S, so I'm not afraid of AIDS	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	1 (.9%)	5 (4.5%)	6 (5.5%)	57 (51.8%)	41 (37.3%)
2 ^e message	1 (.9%)	6 (5.5%)	6 (5.5%)	52 (47.7%)	44 (40.4%)
3 ^e message	2 (1.9%)	3 (2.8%)	6 (5.6%)	58 (54.2%)	38 (35.5%)
4 ^e message	2 (1.8%)	6 (5.5%)	11 (10.1%)	43 (39.4%)	47 (43.1%)
5 ^e message	2 (1.9%)	3 (2.8%)	6 (5.6%)	56 (51.9%)	41 (38%)
I only have sex occasionally so I am not at risk	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	3 (2.7%)	0 (0%)	8 (7.3%)	33 (30%)	65 (59.1%)
2 ^e message	2 (1.8%)	4 (3.6%)	4 (3.6%)	36 (32.7%)	63 (57.3%)
3 ^e message	3 (2.7%)	1 (.9%)	7 (6.4%)	43 (39.1%)	55 (50%)
4 ^e message	2 (1.8%)	2 (1.8%)	9 (8.2%)	43 (39.1%)	53 (48.2%)
5 ^e message	1 (.9%)	1 (.9%)	8 (7.3%)	38 (34.5%)	61 (55.5%)

Anybody can get AIDS	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	85 (77.3%)	19 (17.3%)	2 (1.8%)	3 (2.7%)	1 (.9%)
2 ^e message	84 (77.1%)	21 (19.3%)	1 (.9%)	3 (2.8%)	0 (0%)
3 ^e message	85 (77.3%)	23 (20.9%)	1 (.9%)	0 (0%)	1 (.9%)
4 ^e message	88 (80%)	19 (17.3%)	1 (.9%)	2 (1.8%)	0 (0%)
5 ^e message	94 (85.5%)	13 (11.8%)	2 (1.8%)	1 (.9%)	0 (0%)
I believe that I shouldn't take risks these days, so I use a condom					
	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	49 (45%)	34 (31.2%)	15 (13.8%)	6 (5.5%)	4 (3.7%)
2 ^e message	50 (45.9%)	35 (32.1%)	14 (12.8%)	7 (6.4%)	1 (.9%)
3 ^e message	47 (43.5%)	34 (31.5%)	15 (13.9%)	7 (6.5%)	3 (2.8%)
4 ^e message	49 (45%)	31 (28.4%)	16 (14.7%)	9 (8.3%)	2 (1.8%)
5 ^e message	52 (47.7%)	29 (26.6%)	17 (15.6%)	7 (6.4%)	2 (1.8%)

¹Réponses obtenues indépendamment du message présenté

Répartition des fréquences relatives aux items de la dimension efficacité du GOMS pour chaque message visionné (N=110¹)

ITEMS					
I don't mind using a condom	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	53 (48.2%)	41 (37.3%)	8 (7.3%)	4 (3.6%)	3 (2.7%)
2 ^e message	53 (48.2%)	42 (38.2%)	8 (7.3%)	3 (2.7%)	2 (1.8%)
3 ^e message	55 (50%)	34 (30.9%)	14 (12.7%)	4 (3.6%)	2 (1.8%)
4 ^e message	55 (50%)	38 (34.5%)	10 (9.1%)	5 (4.5%)	1 (.9%)
5 ^e message	57 (51.8%)	35 (31.8%)	7 (6.4%)	8 (7.3%)	1 (.9%)
It's easy to do; refuse sex if no condom	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	48 (43.6%)	29 (26.4%)	11 (10%)	12 (10.9%)	10 (9.1%)
2 ^e message	48 (43.6%)	27 (24.5%)	9 (8.2%)	20 (18.2%)	6 (5.5%)
3 ^e message	44 (40.4%)	28 (25.7%)	12 (11%)	16 (14.7%)	9 (8.3%)
4 ^e message	40 (36.4%)	37 (33.6%)	9 (8.2%)	15 (13.6%)	9 (8.2%)
5 ^e message	40 (36.4%)	33 (30%)	13 (11.8%)	14 (12.7%)	10 (9.1%)
I am responsible for my own health	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	100 (90.9%)	8 (7.3%)	0 (0%)	1 (.9%)	1 (.9%)
2 ^e message	98 (89.1%)	12 (10.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3 ^e message	97 (89%)	10 (9.2%)	1 (.9%)	1 (.9%)	0 (0%)
4 ^e message	97 (88.2%)	13 (11.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
5 ^e message	95 (87.2%)	12 (11%)	1 (.9%)	0 (0%)	1 (.9%)
I'm not afraid to be rejected if I ask my partner to use a condom	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	60 (55%)	28 (25.7%)	10 (9.2%)	6 (5.5%)	4 (3.7%)
2 ^e message	63 (57.8%)	28 (25.7%)	9 (8.3%)	4 (3.7%)	4 (3.7%)
3 ^e message	62 (57.4%)	29 (26.9%)	8 (7.4%)	4 (3.7%)	4 (3.7%)
4 ^e message	59 (54.1%)	31 (28.4)	8 (7.3%)	7 (6.4%)	3 (2.8%)
5 ^e message	64 (58.7%)	26 (23.9%)	9 (8.3%)	7 (6.4%)	2 (1.8%)

Good use of latex condom can prevent the spread of HIV	SA	A	UN	D	SD
1 ^o message	57 (51.8%)	44 (40%)	1 (.9%)	8 (7.3%)	0 (0%)
2 ^o message	59 (53.6%)	45 (40.9%)	3 (2.7%)	3 (2.7%)	0 (0%)
3 ^o message	58 (52.7%)	41 (37.3%)	5 (4.5%)	5 (4.5%)	1 (.9%)
4 ^o message	59 (53.6%)	43 (39.1%)	3 (2.7%)	4 (3.6%)	1 (.9%)
5 ^o message	60 (54.5%)	42 (38.2%)	4 (3.6%)	2 (1.8%)	2 (1.8%)
My partner does not like to use a condom	SA	A	UN	D	SD
1 ^o message	4 (3.6%)	7 (6.4%)	42 (38.2%)	21 (19.1%)	34 (30.9%)
2 ^o message	5 (4.5%)	13 (11.8%)	40 (36.4%)	22 (20%)	28 (25.5%)
3 ^o message	2 (1.8%)	12 (11%)	41 (37.6%)	24 (22%)	28 (25.7%)
4 ^o message	3 (2.7%)	12 (10.9%)	43 (39.1%)	23 (20.9%)	27 (24.5%)
5 ^o message	3 (2.8%)	10 (9.2%)	40 (36.7%)	20 (18.3%)	34 (31.2%)
I feel at ease on how to use a condom	SA	A	UN	D	SD
1 ^o message	53 (49.1%)	32 (29.6%)	14 (13%)	7 (6.5%)	2 (1.9%)
2 ^o message	56 (50.9%)	33 (30%)	13 (11.8%)	7 (6.4%)	1 (.9%)
3 ^o message	58 (52.7%)	31 (28.2%)	14 (12.7%)	5 (4.5%)	2 (1.8%)
4 ^o message	59 (53.6%)	29 (26.4%)	12 (10.9%)	9 (8.2%)	1 (.9%)
5 ^o message	57 (51.8%)	30 (27.3%)	13 (11.8%)	9 (8.2%)	1 (.9%)
I have less pleasure if I use a condom	SA	A	UN	D	SD
1 ^o message	5 (4.6%)	20 (18.3%)	26 (23.9%)	31 (28.4%)	25 (22.9%)
2 ^o message	6 (5.5%)	17 (15.6%)	29 (26.6%)	32 (29.4%)	23 (21.1%)
3 ^o message	5 (4.6%)	17 (15.6%)	33 (30.3%)	26 (23.9%)	26 (23.9%)
4 ^o message	5 (4.6%)	17 (15.6%)	25 (22.9%)	33 (30.3%)	27 (24.8%)
5 ^o message	4 (3.7%)	21 (19.6%)	23 (21.5%)	30 (28%)	27 (25.2%)

I always use a condom until we know we are both safe	SA	A	UN	D	SD
1 ^e message	37 (33.9%)	33 (30.3%)	14 (12.8%)	15 (13.8%)	8 (7.3%)
2 ^e message	34 (31.2%)	36 (33%)	18 (16.5%)	15 (13.8%)	4 (3.7%)
3 ^e message	34 (31.2%)	34 (31.2%)	16 (14.7%)	16 (14.7%)	7 (6.4%)
4 ^e message	39 (35.8%)	31 (28.4%)	16 (14.7%)	17 (15.6%)	4 (3.7%)
5 ^e message	38 (34.9%)	27 (24.8%)	21 (19.3%)	15 (13.8%)	6 (5.5%)

¹Réponses obtenues indépendamment du message présenté

ANNEXE C

Matrices de corrélation pour chacune des dimensions du GOMS

Matrice de corrélation par item pour la dimension **persuasion** (Temps 1)

Item ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	1.00																					
2	.33	1.00																				
3	.35	.05	1.00																			
4	.04	.07	-.09	1.00																		
5	.44	.10	.26	.11	1.00																	
6	.37	.25	.07	.07	.31	1.00																
7	.43	.30	.19	-.08	.30	.52	1.00															
8	.40	.25	.28	.14	.44	.16	.26	1.00														
9	.24	.36	.14	.17	.24	.11	.16	.46	1.00													
10	.49	.20	.38	.18	.46	.23	.23	.59	.46	1.00												
11	.37	.08	.16	.13	.56	.25	.31	.49	.30	.51	1.00											
12	.55	.21	.41	.18	.36	.14	.28	.44	.34	.54	.50	1.00										
13	.43	.22	.19	.28	.33	.21	.26	.55	.42	.48	.54	.61	1.00									
14	.33	.20	.18	.08	.35	.27	.35	.40	.23	.38	.50	.34	.41	1.00								
15	.30	.14	-.00	.23	.15	.31	.28	.08	.03	.03	.39	.18	.21	.21	1.00							
16	.12	.17	.26	-.19	.03	.04	-.06	.23	.37	.23	.04	.12	.06	.13	.19	1.00						
17	.17	.08	-.04	.37	.14	.14	.16	.14	.15	.15	.28	.16	.25	.14	.39	.13	1.00					
18	.27	.18	-.001	.31	.03	-.006	.13	.19	.06	.13	.14	.34	.29	.32	.23	.35	.35	1.00				
19	.24	-.08	.08	.17	.08	.15	.18	.02	-.01	.01	.30	.23	.23	.29	.58	.48	.33	1.00				
20	.16	.06	.04	.29	.04	.02	.09	.23	.07	.11	.26	.28	.31	.21	.27	.11	.22	.26	1.00			
21	.34	.22	.07	.13	.00	.36	.36	-.01	.06	-.01	.08	.16	.16	.14	.43	-.07	.13	.21	.42	.24	1.00	

^aLe numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-1 du GOMS

Matrice de corrélation par item pour la dimension **persuasion** (Temps 4)

Item ¹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	1.00																				
2	.79	1.00																			
3	-.12	-.32	1.00																		
4	-.07	-.09	.18	1.00																	
5	.37	.25	-.12	-.08	1.00																
6	.20	.04	.13	.38	.15	1.00															
7	.55	.45	-.07	-.03	.12	.35	1.00														
8	.48	.45	.00	-.03	.46	.12	.25	1.00													
9	-.26	-.22	.03	-.05	-.13	.10	-.20	-.17	1.00												
10	.63	.54	.15	-.17	.37	.01	.38	.46	-.34	1.00											
11	.50	.46	-.05	-.06	.43	.11	.31	.47	-.16	.55	1.00										
12	.65	.50	-.20	-.19	.46	.07	.44	.60	-.25	.57	.42	1.00									
13	.60	.54	-.11	-.10	.38	.05	.40	.58	-.24	.54	.63	.71	1.00								
14	.59	.48	-.08	-.05	.35	.15	.39	.37	-.24	.58	.57	.47	.55	1.00							
15	-.20	-.17	.06	.35	.04	-.12	-.21	.02	-.03	-.20	.05	-.24	-.08	-.17	1.00						
16	.45	.47	-.11	-.30	.24	.03	.24	.33	-.06	.49	.33	.43	.40	.38	-.46	1.00					
17	-.04	-.04	.08	.21	.03	.14	-.02	.15	.08	-.06	-.00	-.02	.06	-.03	.43	-.28	1.00				
18	-.00	-.08	.10	.26	.08	.16	-.07	.02	-.03	-.12	.04	.05	-.06	.36	-.36	.46	1.00				
19	-.10	-.17	.00	.22	.18	.19	-.12	.09	.05	-.09	.18	-.06	.02	-.05	.60	-.38	.47	.52	1.00		
20	.22	.23	.02	.31	.21	.24	.17	.25	.03	.11	.22	.13	.19	.19	.37	-.18	.56	.45	.42	1.00	
21	.00	.01	.11	.23	-.07	.51	.33	.05	.10	.07	.00	-.15	-.11	.00	.04	-.15	.27	.19	.14	.22	1.00

¹Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C du GOMS

Matrice de corrélation par item pour la dimension **menace** (Temps 1)

Items ¹	22	23	24	26	30	31	33	35	36	39
22	1.00									
23	.32	1.00								
24	.01	-.13	1.00							
26	.17	.28	-.22	1.00						
30	.21	.12	-.09	.20	1.00					
31	-.06	-.11	.03	.25	.46	1.00				
33	.06	.29	-.29	.44	.19	.10	1.00			
35	-.09	.01	-.27	.18	.27	.37	.25	1.00		
36	.07	.22	-.33	.07	.20	.007	.20	.15	1.00	
39	.04	.07	-.11	.12	.43	.27	.08	-.003	.05	1.00

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-2 du GOMS

Matrice de corrélation par item pour la dimension **menace** (Temps 4)

Items ¹	22	23	24	26	30	31	33	35	36	39
22	1.00									
23	.34	1.00								
24	.03	.17	1.00							
26	.12	.39	.26	1.00						
30	.27	.00	.17	-.08	1.00					
31	-.06	-.23	.07	.39	.12	1.00				
33	.04	.35	-.05	.33	.01	.06	1.00			
35	.14	.27	.36	.08	.12	.24	.25	1.00		
36	.08	.02	-.33	.07	.21	.01	.31	.20	1.00	
39	.17	.03	.24	-.05	.38	.32	.07	.01	.08	1.00

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-2 du GOMS

Matrice de corrélation par item pour la dimension efficacité (Temps 1)

Items ¹	25	27	28	29	32	34	37	38	40
25	1.00								
27	.13	1.00							
28	.06	.25	1.00						
29	.46	.40	.51	1.00					
32	.10	.09	.05	.01	1.00				
34	.46	.11	-.12	.32	.06	1.00			
37	.37	.05	.04	.26	.24	.21	1.00		
38	.46	-.03	-.08	.21	.09	.57	.09	1.00	
40	.41	.15	.20	.37	.01	.32	.24	.31	1.00

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-2 du GOMS

Matrice de corrélation par item pour la dimension **efficacité** (Temps 4)

Items ¹	25	27	28	29	32	34	37	38	40
25	1.00								
27	.41	1.00							
28	.22	.00	1.00						
29	.40	.55	.25	1.00					
32	.17	.05	.11	.00	1.00				
34	.46	.22	.02	.23	.01	1.00			
37	.29	.13	.14	.28	.17	.18	1.00		
38	.32	.02	.05	.00	.02	.44	.07	1.00	
40	.04	.27	-.08	.30	.01	.29	.27	.29	1.00

¹ Le numéro de l'item correspond au numéro de l'énoncé dans la section C-2 du GOMS

ANNEXE D

Instrument de recherche

Questionnaire sur les données socio-démographiques (Section A)

Please write your answer or indicate by a check.

Age: ____

Sex: male ____

female ____

Language used on a daily basis: English ____ French ____ Other (Specify) _____

Ethnic group (specify): _____

Indicate the number of years at the University level you have completed:

0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____

Marital status: single (never married) ____

married ____

separated ____

divorced ____

common-law ____

Other (specify) _____

Who lives with you? no one ____

partner ____

partner and child/children ____

child/children ____

parents ____

parent, brother(s)/sister(s) ____

brother(s)/sister(s) ____

schoolmate(s) ____

other (specify) _____

Do you have ... (dating partner includes husband/common law)

- ... one regular dating partner
- ... several dating partners
- ... occasional dates
- ... no dating partner

Do you have ...

- ... one regular sexual partner
- ... several sexual partners
- ... occasional sexual partner
- ... no sexual partner
- ... never had a sexual partner

Indicate your favorite media:

- T.V.
- Vidéo
- Radio
- Computer
- Magazine
- Newspaper
- Other, specify _____

**Questionnaire sur les connaissances relatives au VIH
et au SIDA (Section B)**

Please indicate your answer corresponding to each item.

	True	False	Don't know
HIV is the virus that causes aids			
Aids is an infectious disease caused by a virus			
Looking at a person is enough to tell if they have the aids virus			
People who have HIV never thought they'd get it			
Knowing your partner before having sex is a good way to prevent getting HIV			
A person can be infected with HIV and not have AIDS			
Any person with the AIDS virus can pass it on to someone else through sexual intercourse			
An individual can have HIV and not test positive for HIV-AIDS for up to ten years			

Grille d'observation du message de santé (GOMS)

(Section C-1)

Please, for the next 3 questions, I'd like you to indicate which number best describes how you feel about each PSA. The **higher** the number, the more you think the word on the right describes it. The **lower** the number, the more you think the word on the left describes it.

Now, let's go through each set of words. Please tell me which number best describes your reaction to the PSA. Circle your answer.

Have you ever seen this PSA before?

Yes _____ no _____

My first impression when I looked at this public service announcement (PSA), I really think this PSA is:

1. Bad	1	2	3	4	5	Good
2. Interesting	1	2	3	4	5	Boring
3. Too short	1	2	3	4	5	Too long
4. Frightening	1	2	3	4	5	Reassuring
5. Evasive	1	2	3	4	5	Direct
6. Sad	1	2	3	4	5	Fun
7. Lively	1	2	3	4	5	Dull

In terms of content, I really think this PSA is:

8. Informative	1	2	3	4	5	Not informative
9. For all people	1	2	3	4	5	For a target audience
10. Convincing	1	2	3	4	5	Unconvincing
11. Confusing	1	2	3	4	5	Straightforward
12. Useful	1	2	3	4	5	Useless
13. Relevant	1	2	3	4	5	Irrelevant
14. Talking to me	1	2	3	4	5	Talking to someone else

When I look at this PSA, I feel:

15. Tense	1	2	3	4	5	Relaxed
16. Concerned	1	2	3	4	5	Unconcerned
17. Insecure	1	2	3	4	5	Secure
18. Comforted	1	2	3	4	5	Alarmed
19. Angry	1	2	3	4	5	Calm
20. Discouraged	1	2	3	4	5	Encouraged
21. Amused	1	2	3	4	5	Not amused

(Section C-2)

Please read carefully each statement and Circle the number corresponding to your answer.

	S T O N G L Y	A G R E E	U N D E C I D E D	D I S A G R E E	S T O N G L Y	D I S A G R E E
22. I am preoccupied by the health problem of HIV/AIDS.	1	2	3	4	5	
23. I see myself as a person at risk of getting HIV/AIDS.	1	2	3	4	5	
24. It can't happen to me.	1	2	3	4	5	
25. I don't mind using a condom.	1	2	3	4	5	
26. I don't think I'm at risk because I have a regular partner.	1	2	3	4	5	
27. It's easy to do: Refuse sex if no condom.	1	2	3	4	5	
28. I am responsible for my own health.	1	2	3	4	5	
29. I am not afraid to be rejected if I ask my partner to use a condom.	1	2	3	4	5	
30. My partner does not talk about HIV/AIDS with me.	1	2	3	4	5	
31. I need an exciting life so I don't bother about using a condom.	1	2	3	4	5	
32. Good use of latex condom can prevent the spread of HIV.	1	2	3	4	5	
33. I never got any STD's, so I am not afraid of aids.	1	2	3	4	5	
34. My partner doesn't like to use a condom.	1	2	3	4	5	
35. I only have sex occasionally so I am not at risk.	1	2	3	4	5	
36. Anybody can get aids.	1	2	3	4	5	
37. I feel at ease on how to use a condom.	1	2	3	4	5	
38. I have less pleasure if I use a condom.	1	2	3	4	5	
39. I believe that I should'nt take risks these days, so I use a condom.	1	2	3	4	5	
40. I always use a condom until we know we are both safe.	1	2	3	4	5	

ANNEXE E

Lettre d'autorisation du comité de Déontologie de l'Université d'Ottawa



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
Cabinet de la doyenne

Faculty of Health Sciences
Office of the Dean



Le 17 décembre 1997

Professeure Denise Moreau
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Pavillon Roger Guindon
INTRA

Objet : Le projet intitulé « Lignes directrices pour une conception efficace du message de santé télévisé »

Chère professeure,

Je suis heureux de vous annoncer que le Comité de déontologie de la recherche sur les êtres humains de la Faculté des sciences de la santé (CDRÉH) a jugé que le projet en titre est conforme aux exigences éthiques de l'Université et est approuvé sous la **Catégorie 1A**.

Vous trouverez ci-joint la copie du certificat du Comité de déontologie vous autorisant à poursuivre ce projet.

L'autorisation du Comité est valide pour une durée d'un an, à compter de la date de la signature du rapport. J'aimerais aussi vous rappeler que, conformément aux règlements internes du CDRÉH, vous devez aviser le Comité de toute modification importante au projet.

Veillez agréer, chère professeure, tous nos vœux de succès dans la conduite de votre projet.

Le président du Comité,

J. Roger Proulx, Ph.D.

ANNEXE F

Lettre d'information aux participants

INFORMATION LETTER

Research Project Title: Guidelines for Effective Health Message Design
Name of Researcher: Denise Moreau, inf., PhD (candidate)
Institution: School of Nursing, Faculty of Health Sciences
University of Ottawa
Telephone Number: (613) 562-5800 ext. 8306
E-Mail: dmoreau@uottawa.ca

Dear Student,

My name is Denise Moreau. I am a Ph.D. candidate in Educational Technology at Concordia University in Montréal.

I would like to solicit your participation in my doctoral research. The goal of this study is to validate an observation grid of mass media health messages. In all, 5 AIDS televised public service announcements will be presented to a university student population. Your participation in this study is important. Your answers to the questionnaire will allow to advance the development of guidelines for effective health messages design. As participant you will learn about this particular research process, and also learn about HIV and AIDS.

If you agree to participate, you will be asked to read and sign the enclosed Consent Form. Your participation will consist of viewing 5 televised public service announcements and to answer a questionnaire after each one. This should take approximately 30 minutes. To avoid the large group effect, all participants will be randomly assigned to one of five smaller groups.

Your participation is strictly voluntary. You retain your right to refuse to answer questions should they raise uneasiness/discomfort. You are also free to withdraw from the study at any time and you may do so without any academic reprisals or personal prejudice.

The information collected will remain strictly confidential. Only the researcher will have access to the data collected which will be kept in a locked filing cabinet.

Anonymity will be assured by assigning a number to the questionnaires and the consent form will be kept separately from the questionnaires in order to avoid individual identification.

If you agree to participate in this study, please sign two copies of the attached consent form, one of which you may keep. For more information concerning this project, feel free to contact Denise Moreau at the School of Nursing, University of Ottawa, Faculty of Health Sciences, 451 Smyth Road, Room 3251C, telephone at (613) 562-5800 ext. 8306, or e-mail dmoreau@uottawa.ca.

Any information requests or complaints about the ethical conduct of the project may be addressed to the Chair, Faculty of Health Sciences, Human Research Ethics Committee, J. Roger Proulx, Ph.D. The secretary is located at Roger Guindon Hall, room 3028 and can be reached at 562-5800 ext. 8055.

Thanking you in advance for your attention and precious collaboration.

Sincerely,

Denise Moreau, inf., PhD (candidate)

ANNEXE G

Formulaire de consentement

CONSENT FORM

Research Project Title: Guidelines for Effective Health Message Design
Name of Researcher: Denise Moreau, inf., PhD (candidate)
Institution: School of Nursing, Faculty of Health Sciences
University of Ottawa
Telephone Number: (613) 562-5800 ext. 8306
E-Mail: dmoreau@uottawa.ca

Whenever a research project is undertaken with human participants, the written consent of the participant must be obtained. This does not imply, of course, that the project in question necessarily involves a risk. In view of the respect owed to the participants, the University of Ottawa and the research funding agencies have made this type of agreement mandatory.

I _____ am interested in collaborating in the study conducted by Professor Denise Moreau from the University of Ottawa School of Nursing. The purpose of this study is to validate an observation grid of mass media health messages. In all, 5 AIDS televised public service announcements will be presented to a university student population.

My voluntary participation will consist essentially of looking at 5 televised public service announcements and to answer to a questionnaire after each one. This exercise will take approximately 30 minutes of your time.

I understand that the information obtained will remain strictly confidential and be used only by the researcher for statistical analysis purposes of a grid validation.

I understand that I may feel uneasiness/discomfort with certain questions but I am free to refuse to answer. I am also free to withdraw from the project at anytime. I have received the assurance that I can refuse to participate without pressure or fear of academic reprisals or personal prejudice.

The information collected will remain strictly confidential. Only the researcher will have access to the data collected which will be kept in a locked filing cabinet. I understand that anonymity will be assured by assigning a number to the questionnaires and the consent form will be kept separately from the questionnaires in order to avoid individual identification.

If you agree to participate in this study, please sign two copies of the consent form, one of which you may keep.

Signature of Participant

Date

Signature of Researcher

Date

Any information requests or complaints about the ethical conduct of the project may be addressed to the Chair, Faculty of Health Sciences, Human Research Ethics Committee, J. Roger Proulx, Ph.D. The secretary is located at Roger Guindon Hall, room 3028 and can be reached at 562-5800 ext. 8055.

ANNEXE H
Analyses préliminaires

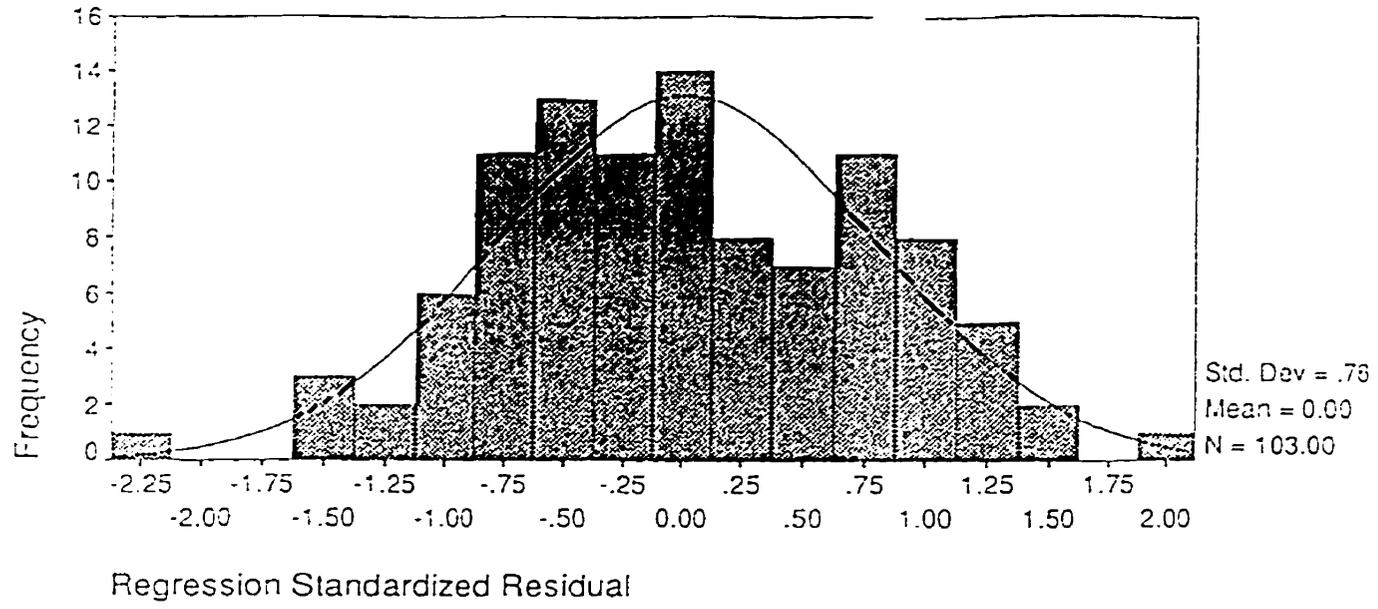
**Normalité (Histogramme) Linéarité (P-P-Plot)
et Homoscédasticité (Scatter Plot)**

Analyses factorielles

Histogram

Dependent Variable: ID

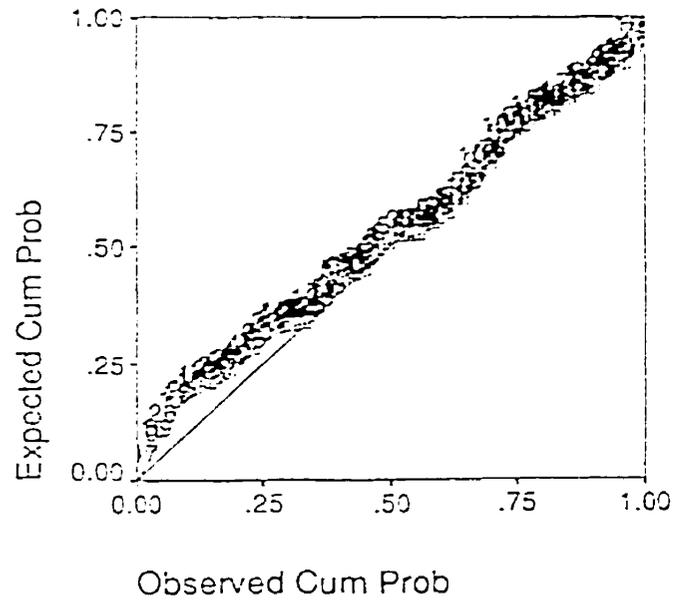
Sequence 1 (temps 1)



Normal P-P Plot of Regression Standardized F

Dependent Variable: ID

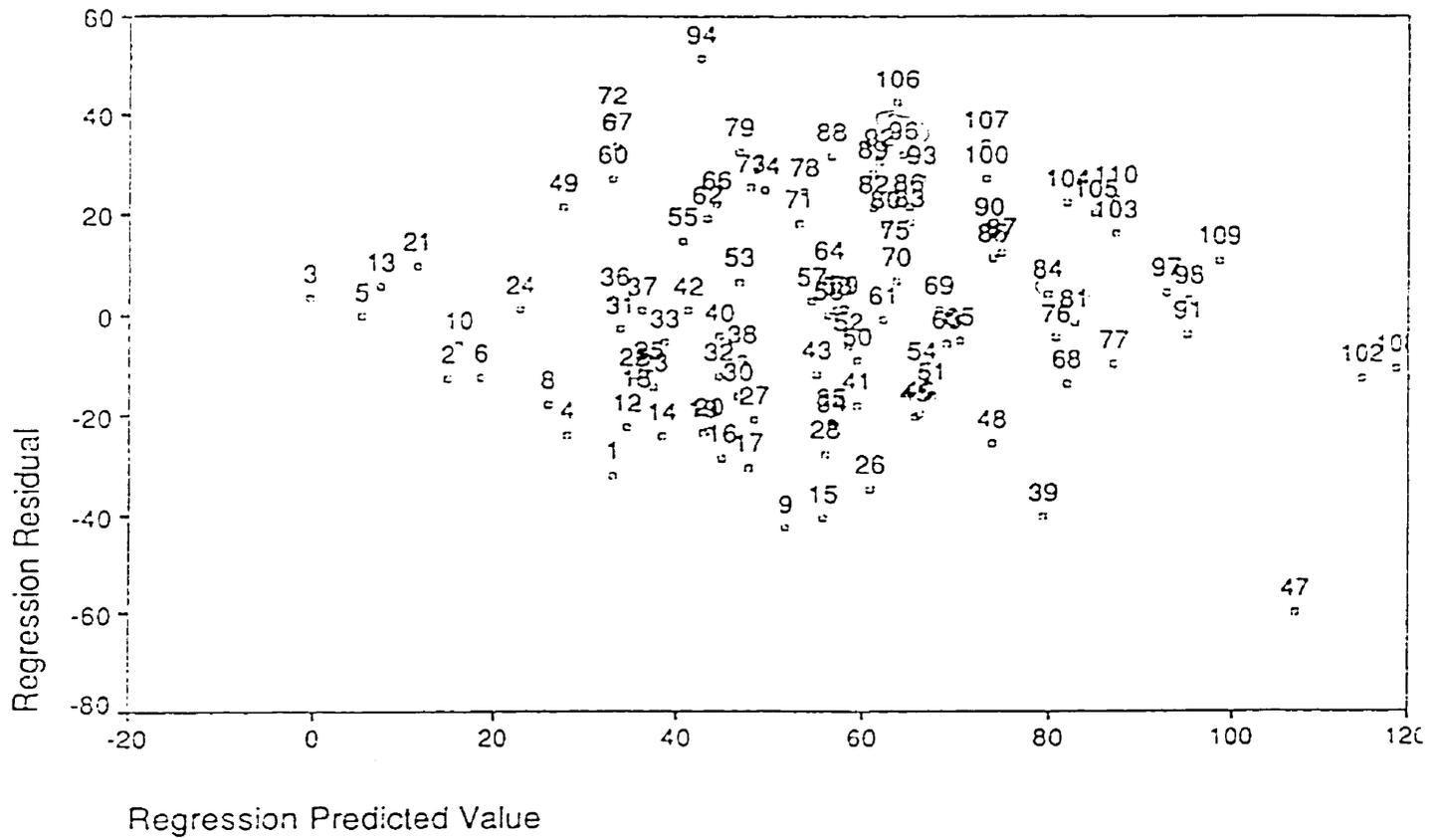
Sequence 1 (temps 1)



Scatterplot

Dependent Variable: ID

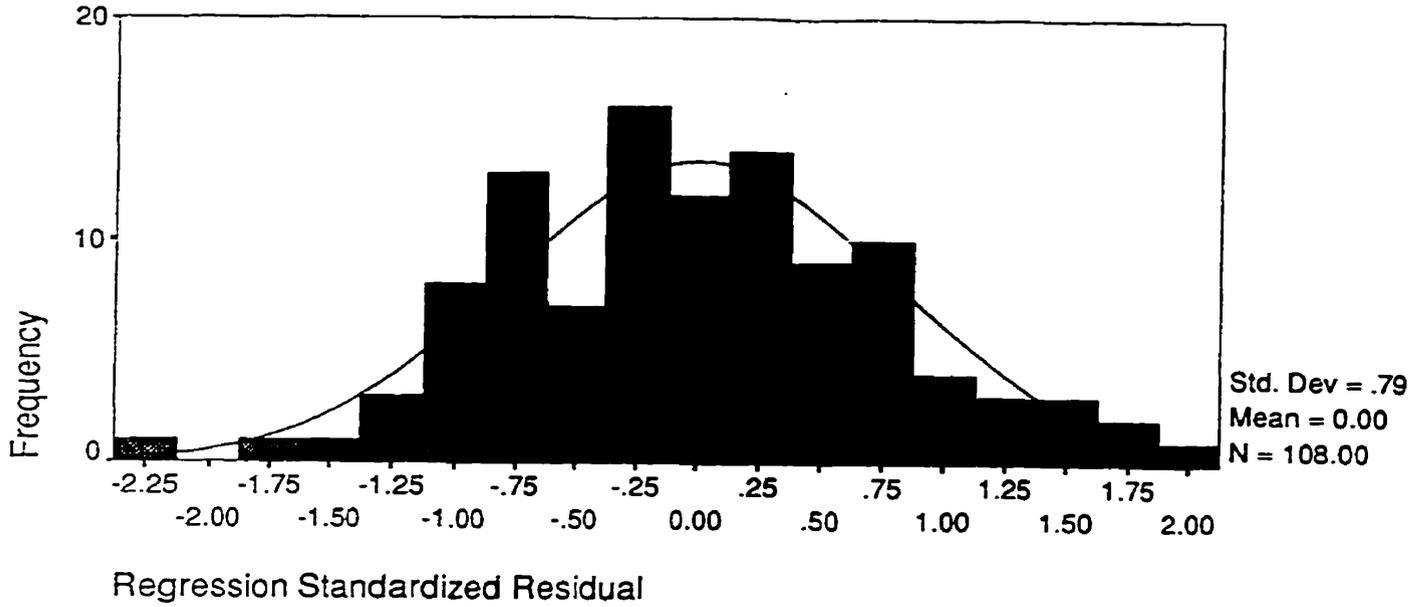
Sequence 1 (temps 1)



Histogram

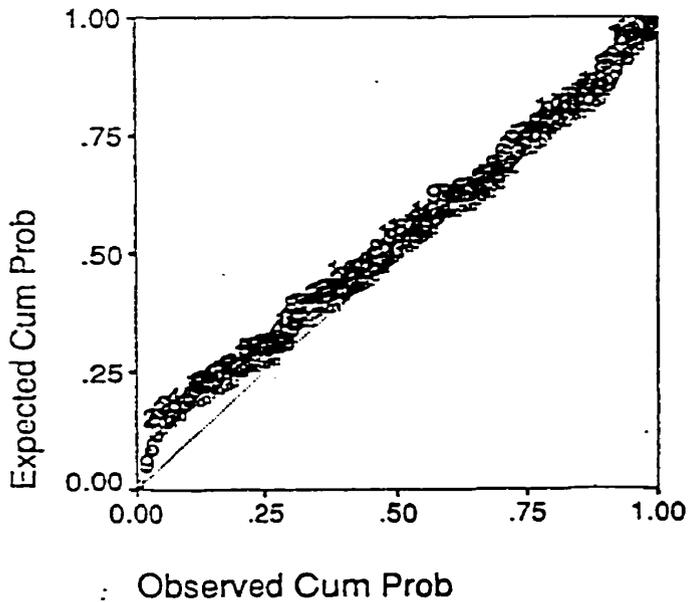
Dependent Variable: ID

Sequence 4 (Temps 4)



Normal P-P Plot of Regression Standardized
Dependent Variable: ID

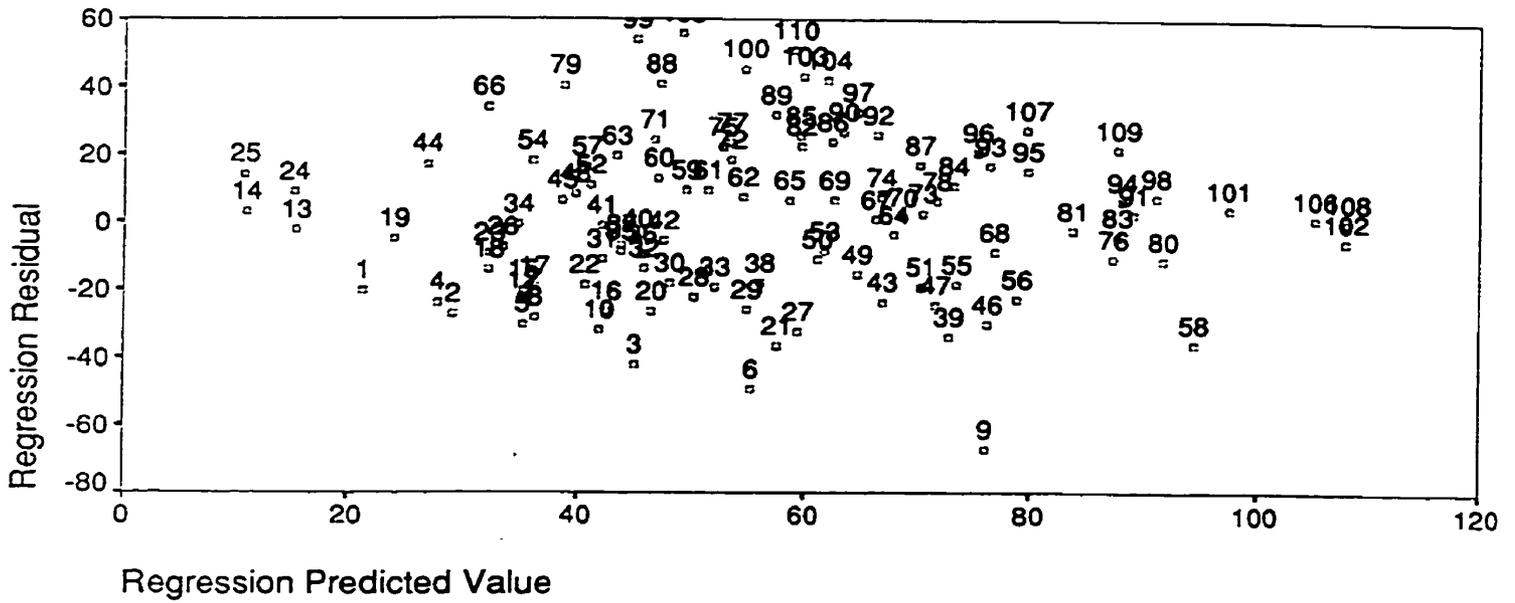
Sequence 4 (Temps 4)



Scatterplot

Dependent Variable: ID

Sequence 4 (Temps 4)



Communalités initiales
Variables de Persuasion

Temps 1

Initial Statistics:

Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
		*				
SBG1	.57545	*	1	5.87011	28.0	28.0
SIB1	.34577	*	2	2.68140	12.8	40.7
STT1	.36466	*	3	1.74786	8.3	49.0
SFR1	.41346	*	4	1.34940	6.4	55.5
SED1	.49084	*	5	1.15846	5.5	61.0
SSF1	.43421	*	6	.92460	4.4	65.4
SLD1	.47579	*	7	.86712	4.1	69.5
CIN1	.54500	*	8	.83869	4.0	73.5
CFF1	.46323	*	9	.69426	3.3	76.8
CCU1	.59901	*	10	.63203	3.0	79.8
CCS1	.65153	*	11	.60505	2.9	82.7
CUU1	.60675	*	12	.53588	2.6	85.3
CRI1	.57019	*	13	.49859	2.4	87.6
CMS1	.44554	*	14	.45508	2.2	89.8
RTR1	.53016	*	15	.43652	2.1	91.9
RUC1	.35690	*	16	.39432	1.9	93.8
RIS1	.41310	*	17	.33557	1.6	95.4
RCA1	.39352	*	18	.29402	1.4	96.8
RAC1	.60564	*	19	.27403	1.3	98.1
RDE1	.30331	*	20	.22676	1.1	99.1
RAN1	.44375	*	21	.18025	.9	100.0

Temps 4

Initial Statistics:

Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
SBG4	.60455	*	1	5.90210	28.0	28.0
SIB4	.37466	*	2	2.77130	13.8	41.2
STT4	.39544	*	3	1.84279	8.9	50.1
SFR4	.43246	*	4	1.42860	6.9	57.0
SED4	.48191	*	5	1.18860	5.9	62.9
SSF4	.45124	*	6	.99756	4.8	67.7
SLD4	.46352	*	7	.93564	4.5	72.2
CIN4	.53450	*	8	.87769	4.0	76.2
CFF4	.47232	*	9	.75326	3.7	79.9
CCU4	.60110	*	10	.68436	3.6	83.5
CCS4	.64232	*	11	.64380	3.1	86.6
CUU4	.61590	*	12	.60505	2.6	89.2
CRI4	.56819	*	13	.56376	2.2	91.4
CMS4	.45454	*	14	.52204	1.5	92.9
RTR4	.52813	*	15	.49588	1.3	94.2
RUC4	.36110	*	16	.44652	1.2	95.4
RIS4	.42001	*	17	.38508	1.2	96.6
RCA4	.38872	*	18	.34557	1.1	97.7
RAC4	.60420	*	19	.28402	1.0	98.7
RDE4	.31341	*	20	.23336	.9	99.6
RAN4	.43452	*	21	.19026	.4	100.0

Communalités initiales
Menace et Efficacité

Temps 1

Initial Statistics :

Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
PREOC1	.29074	*	1	4.35909	22.9	22.9
MMERISK1	.31393	*	2	2.31703	12.2	35.1
MNOTME1	.31687	*	3	1.73531	9.1	44.3
MNORISK1	.40281	*	4	1.41667	7.5	51.7
		*				
		*				
MTALK1	.59773	*	5	1.32264	7.0	58.7
MEXCIT1	.52093	*	6	1.05597	5.6	64.2
MNEVER1	.31607	*	7	1.03604	5.5	69.7
MOCCA1	.36485	*	8	.79976	4.2	73.9
MANY1	.36126	*	9	.74368	3.9	77.8
MUSE1	.59143	*	10	.65851	3.5	81.3
ENOTMIN1	.63253	*	11	.61329	3.2	84.5
EEASY1	.48014	*	12	.55407	2.9	87.4
ERESP1	.33747	*	13	.52080	2.7	90.2
EAFRAID1	.54453	*	14	.44734	2.4	92.5
ELAYTEX1	.17170	*	15	.39462	2.1	94.6
ELIKE1	.54258	*	16	.33324	1.8	96.4
EFEEL1	.30829	*	17	.24899	1.3	97.7
ELESS1	.48654	*	18	.23522	1.2	98.9
ESAFE1	.53852	*	19	.20773	1.1	100.0

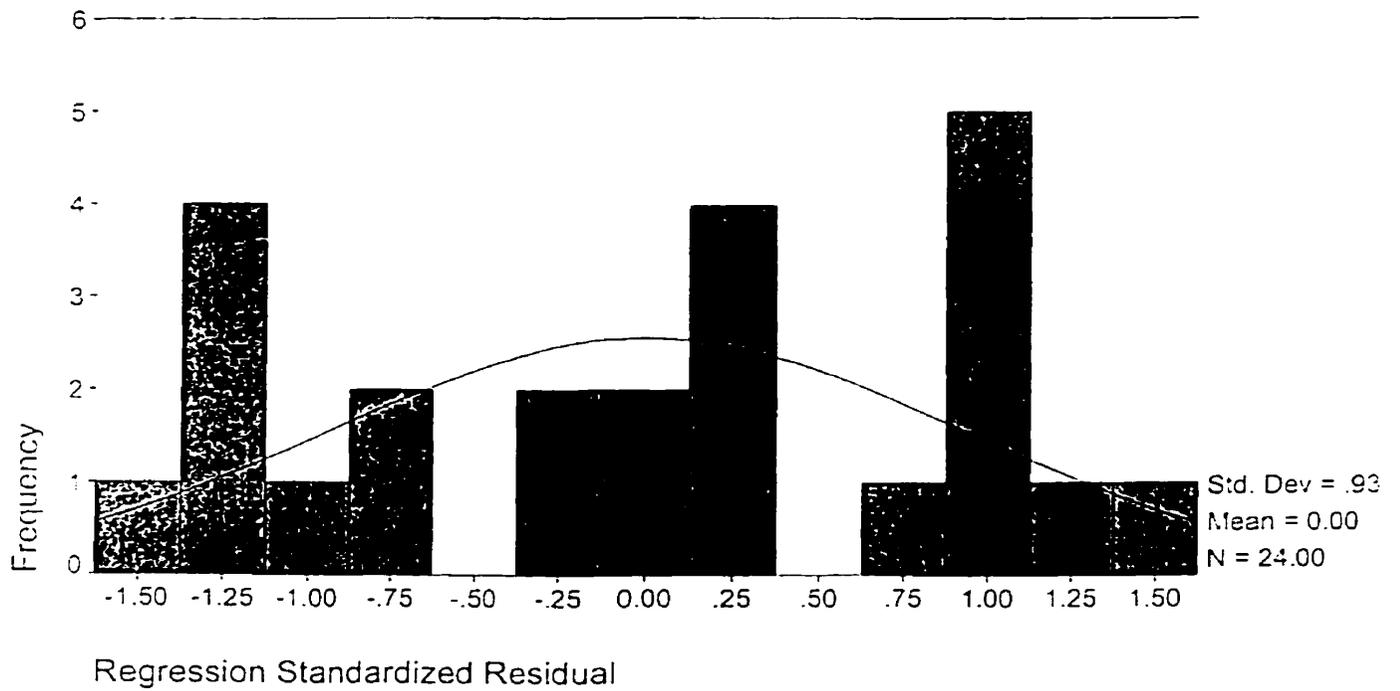
Temps 4**Initial Statistics :**

Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
		*				
PREOC4	.28886	*	1	4.29505	22.8	22.9
MMERISK4	.30475	*	2	2.30307	12.1	35.0
MNOTME4	.30806	*	3	1.75331	9.0	44.0
MNORISK4	.38432	*	4	1.42776	7.7	47.7
		*				
		*				
MTALK4	.58669	*	5	1.33364	6.9	54.6
MEXCIT4	.51113	*	6	1.04795	5.8	60.4
MNEVER4	.31607	*	7	1.02364	5.7	66.1
MOCCA4	.37093	*	8	.80988	5.4	71.5
MANY4	.36817	*	9	.75863	4.5	76.0
MUSE4	.59112	*	10	.64985	3.8	79.8
ENOTMIN4	.63339	*	11	.60932	3.2	83.0
EEASY4	.47827	*	12	.56407	3.0	86.0
ERESP4	.32474	*	13	.53080	2.7	88.7
EAFRAID4	.53354	*	14	.45437	2.5	91.2
ELAYTEX4	.16670	*	15	.40156	2.2	93.4
ELIKE4	.53110	*	16	.34108	2.1	95.5
EFEEL4	.30928	*	17	.25116	1.8	97.3
ELESS4	.47456	*	18	.24252	1.7	99.0
ESAFE4	.54258	*	19	.20664	1.0	100.0

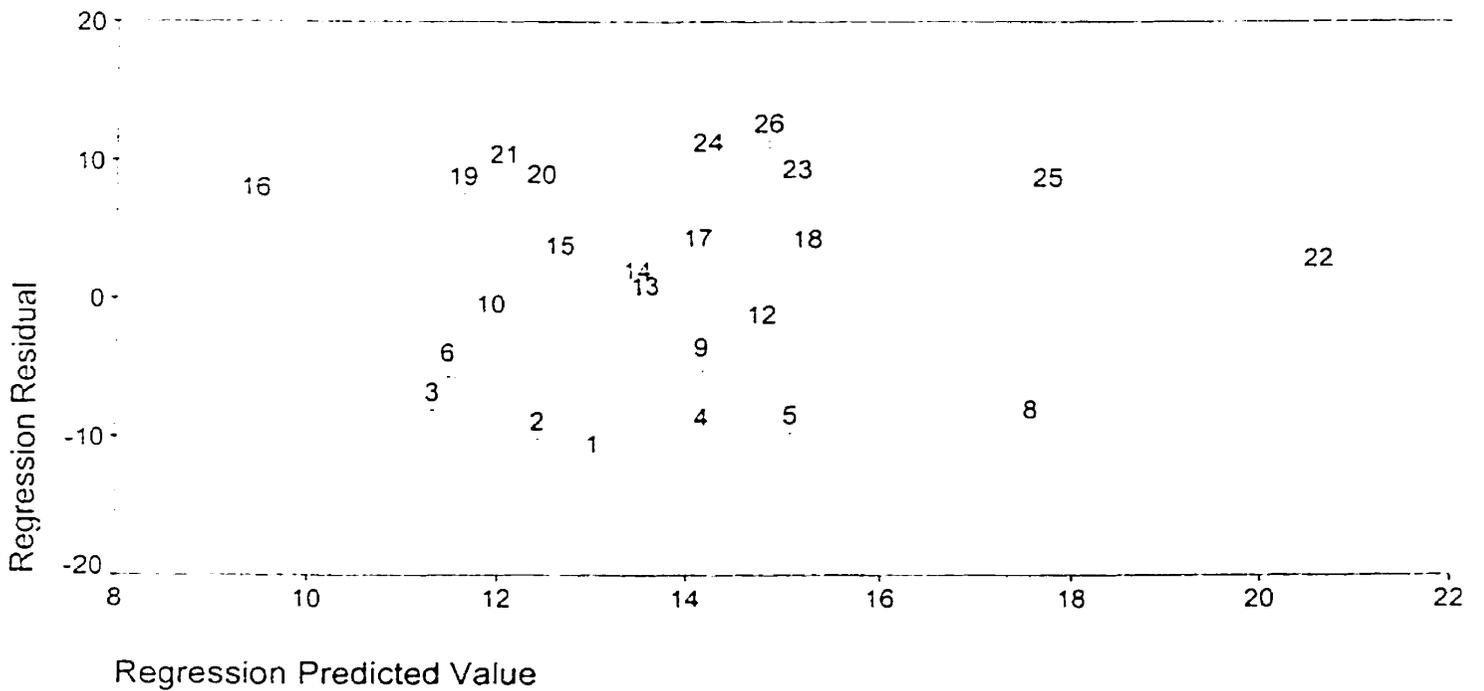
**Normalité (Histogramme) Linéarité (P-P-Plot)
et Homoscédasticité (Scatter Plot)**

Analyse de variance multivariée

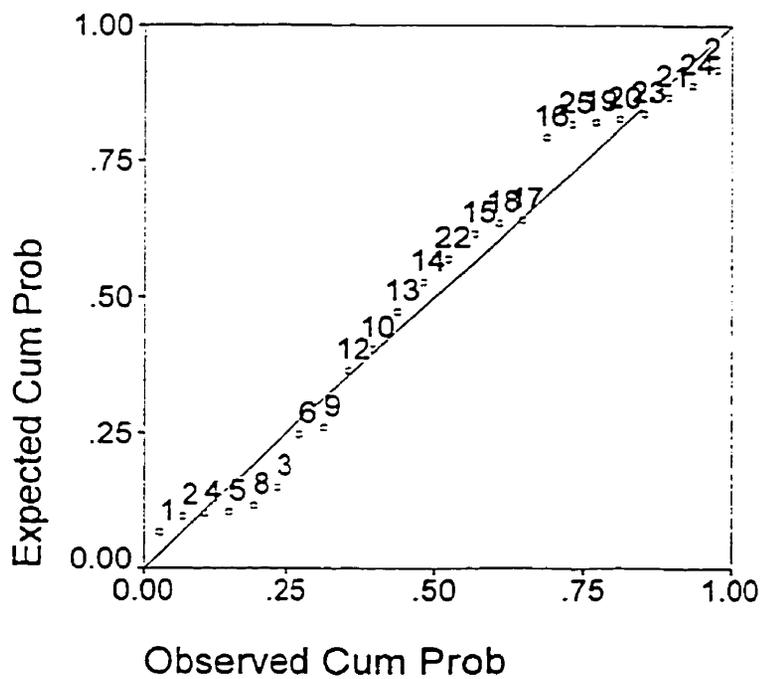
Histogram
groupe 1, time 1



Scatterplot
Groupe 1, time 1

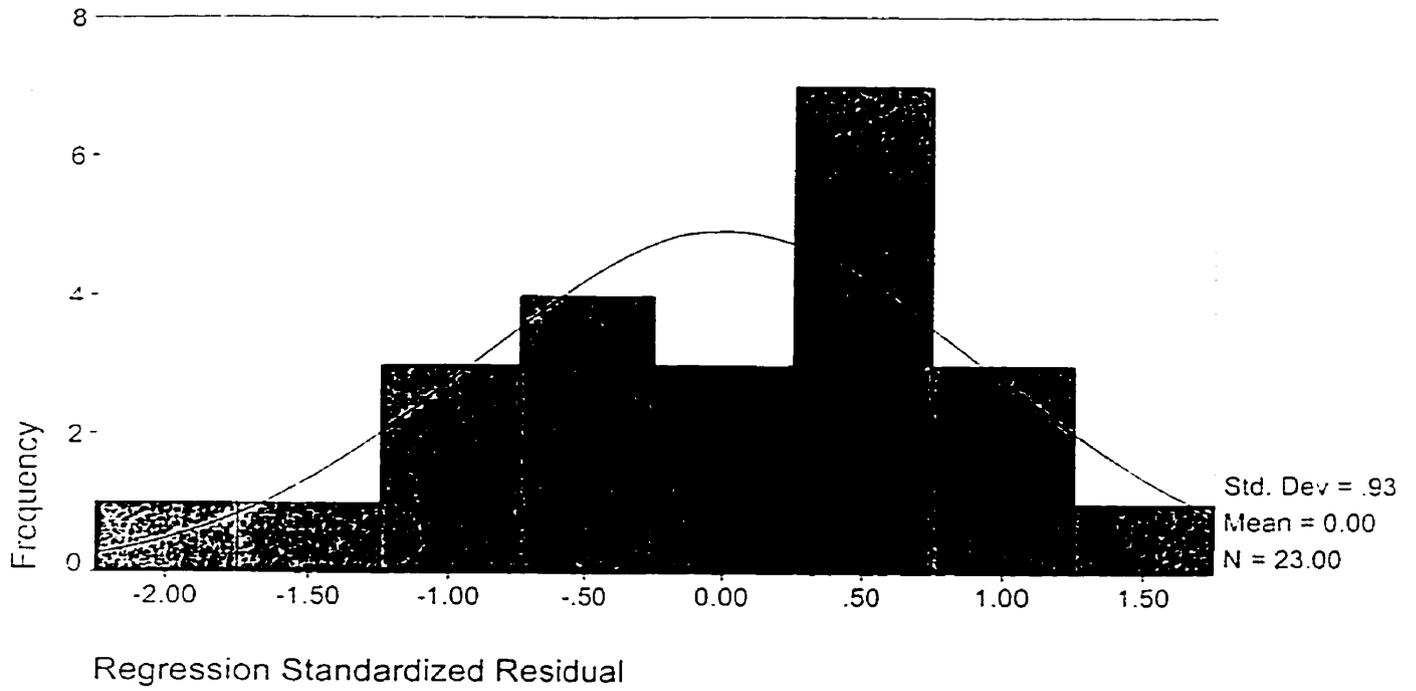


Normal P-P Plot of Regression Standardized F
groupe 1, time 1



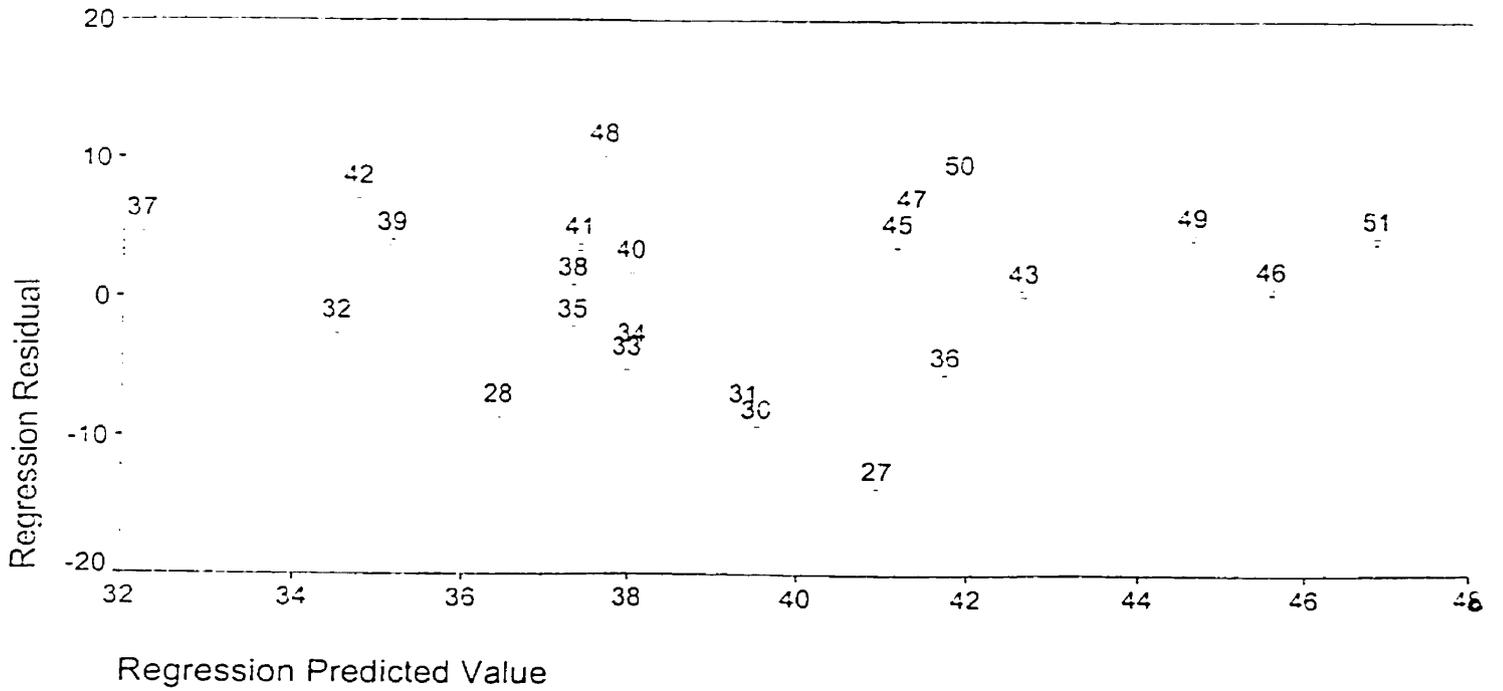
Histogram

Groupe 2, time 1

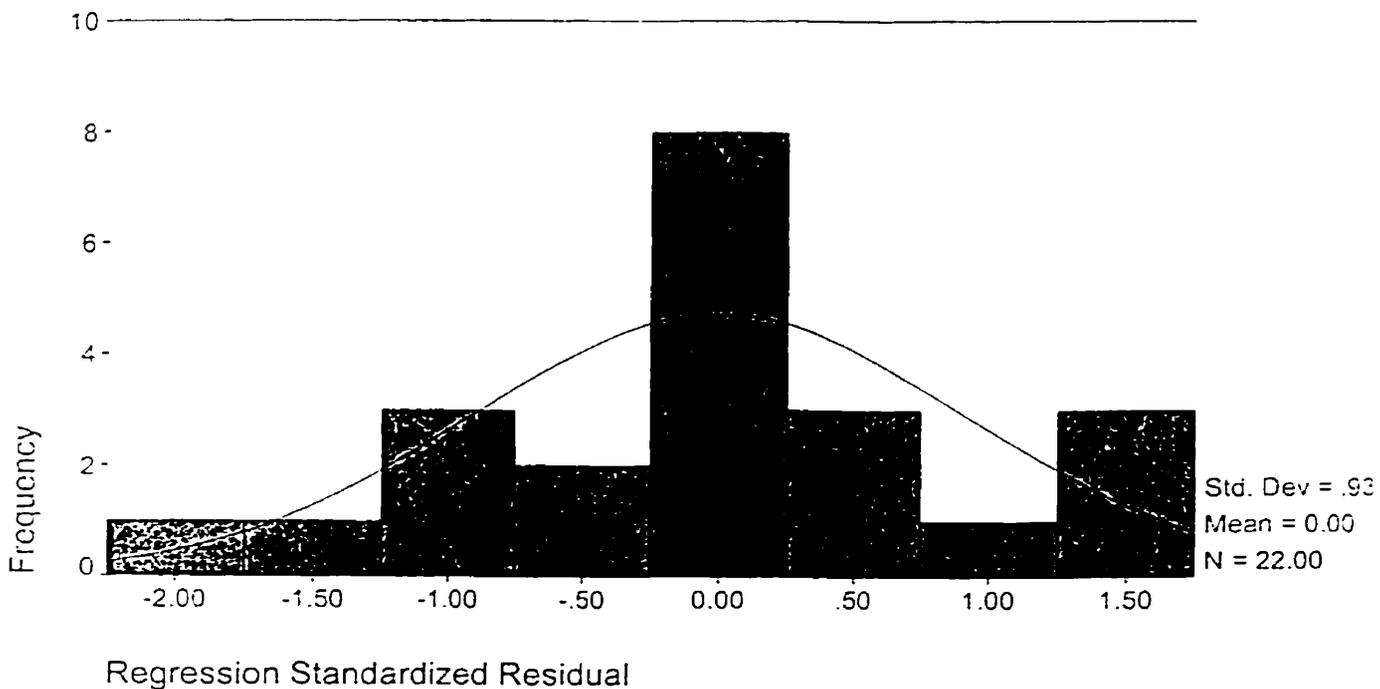


Scatterplot

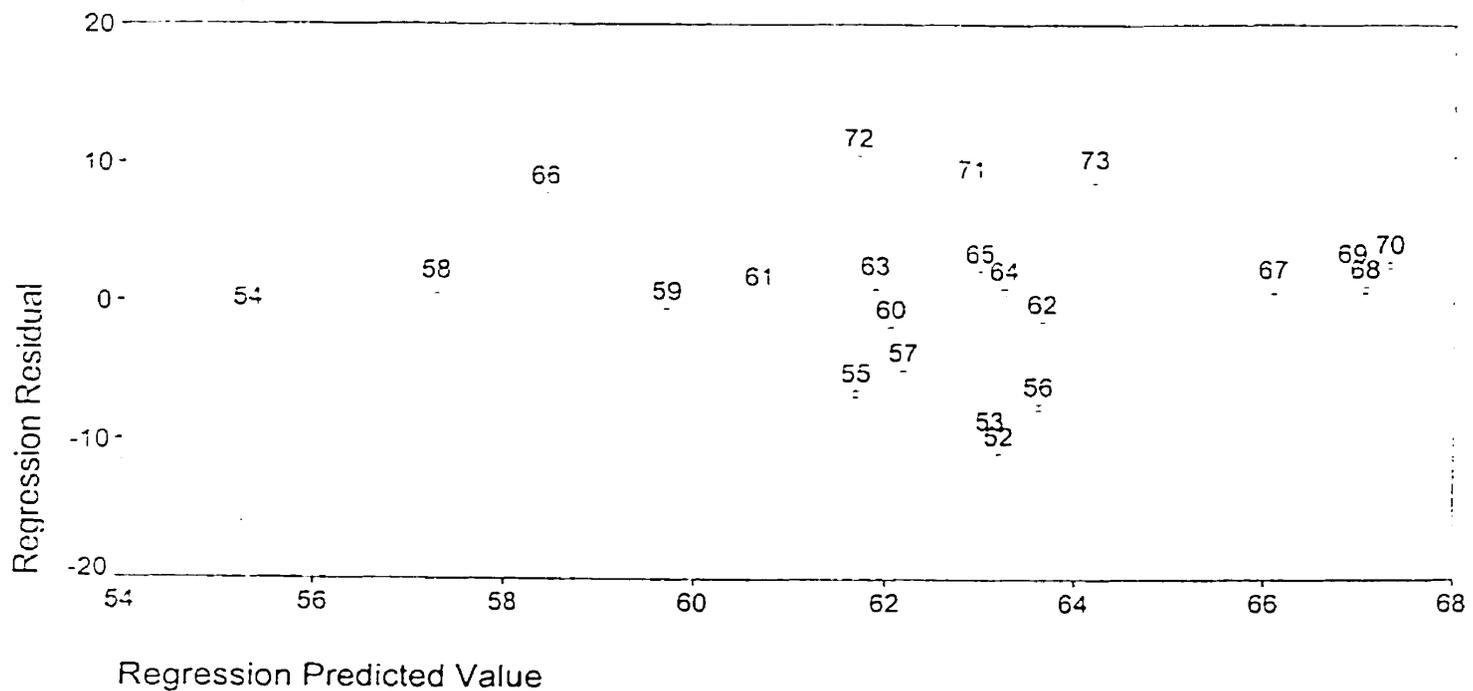
Groupe 2, time 1



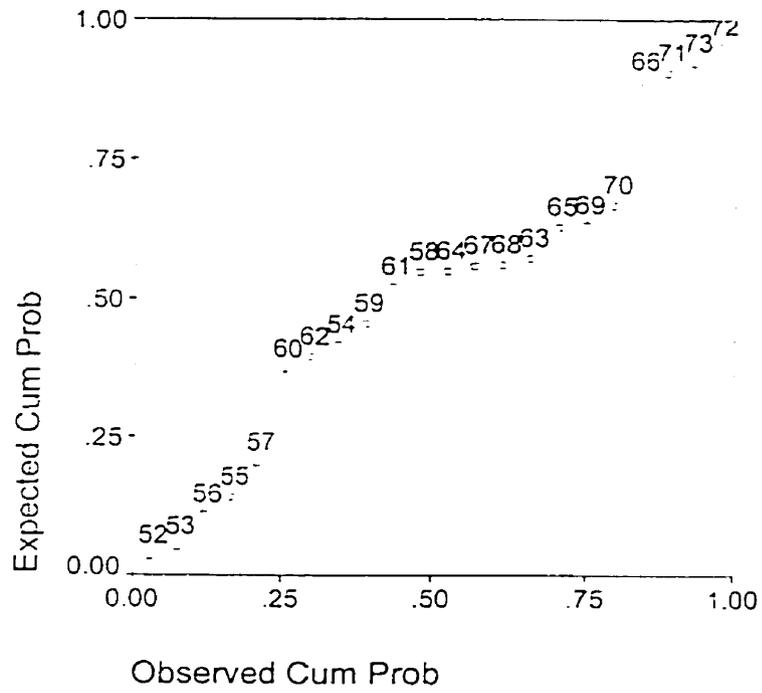
Histogram
Groupe 3, time 1



Scatterplot
Groupe 3, time 1

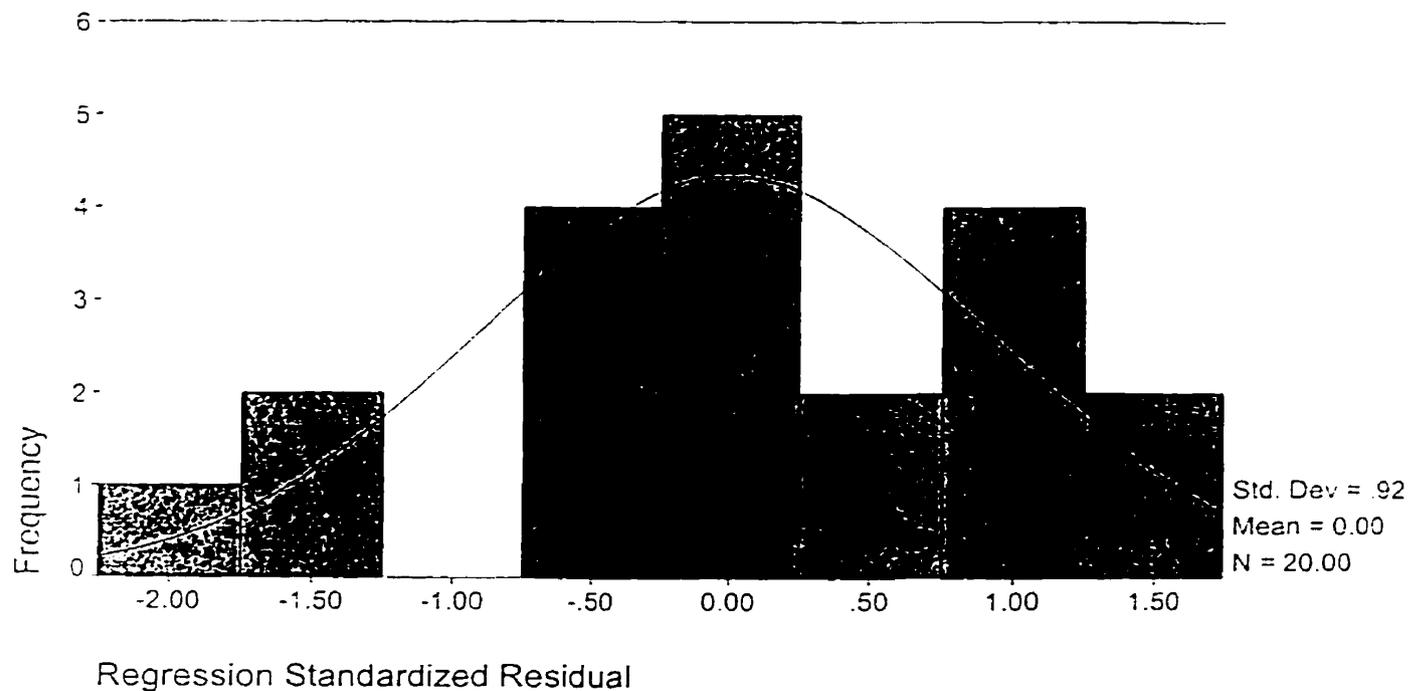


Normal P-P Plot of Regression Standardized F Groupe 3, time 1



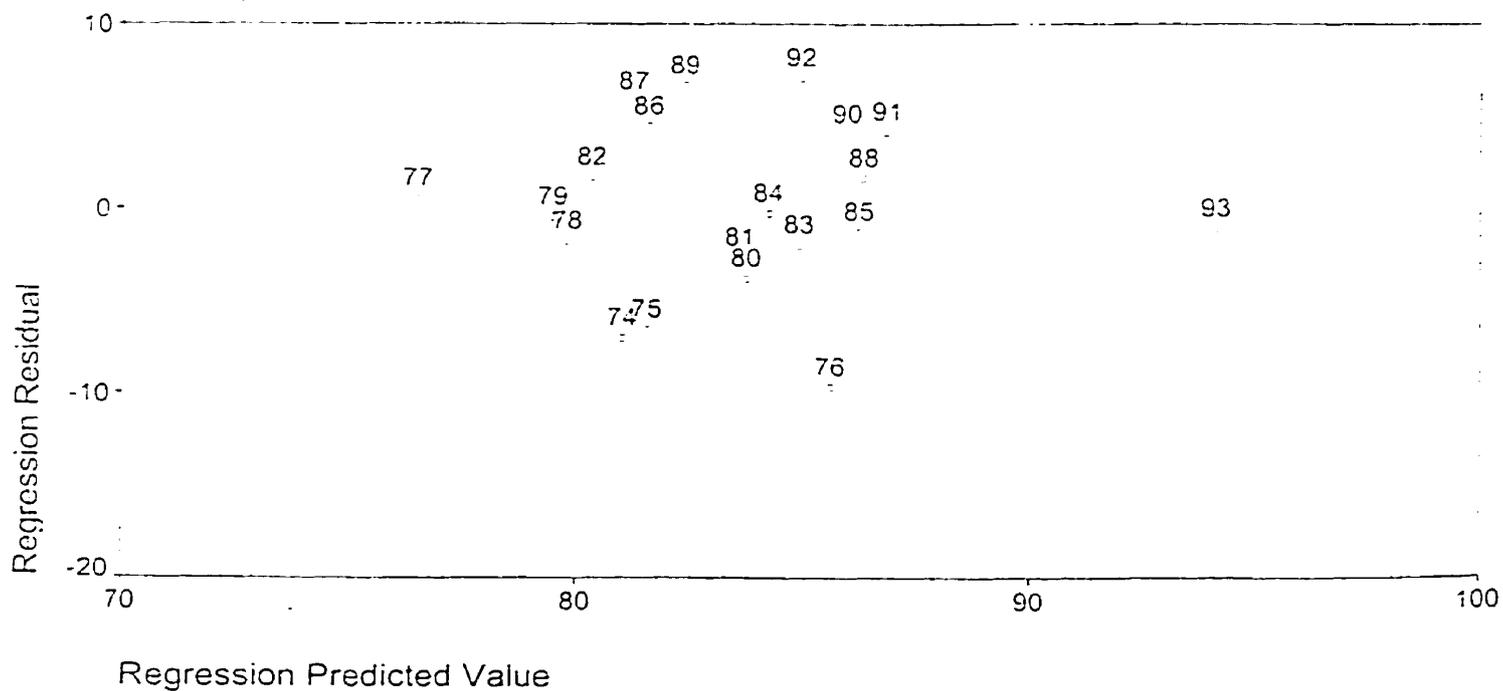
Histogram

Groupe 4, time 1

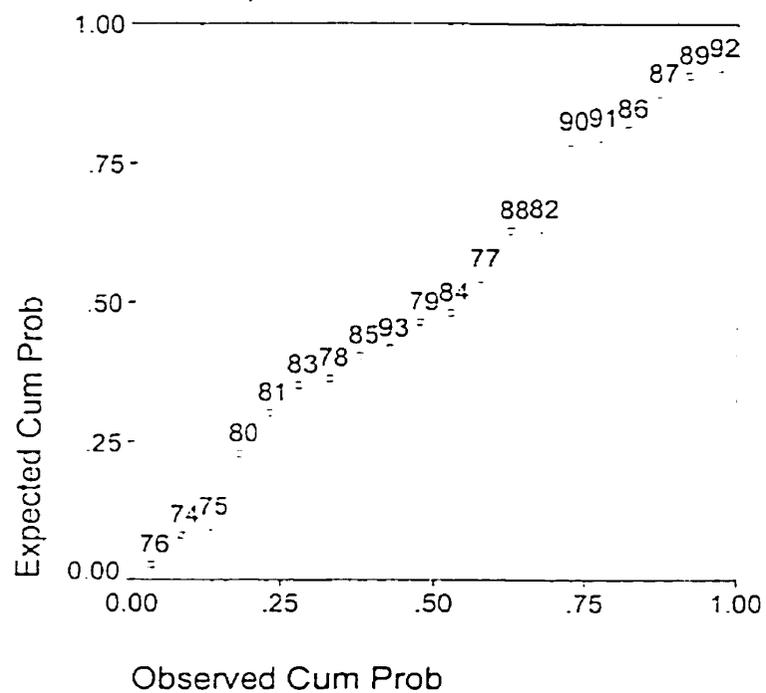


Scatterplot

Groupe 4, time 1

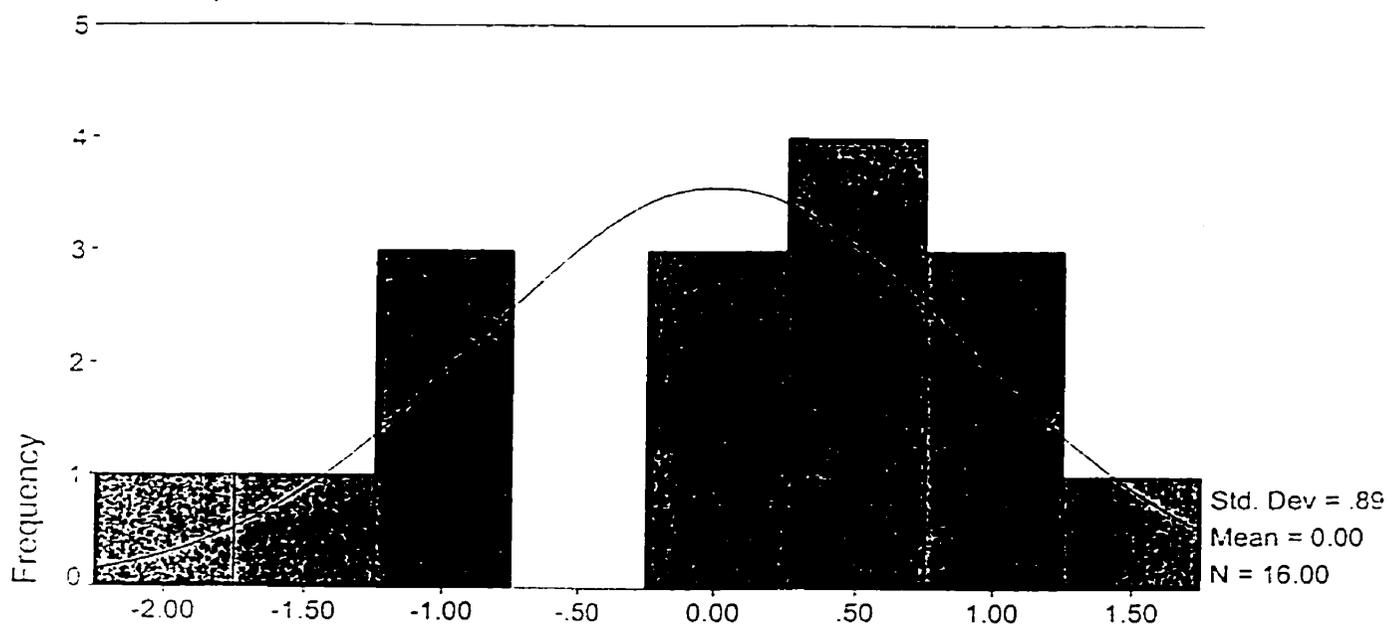


Normal P-P Plot of Regression Standardized F Groupe 4, time 1



Histogram

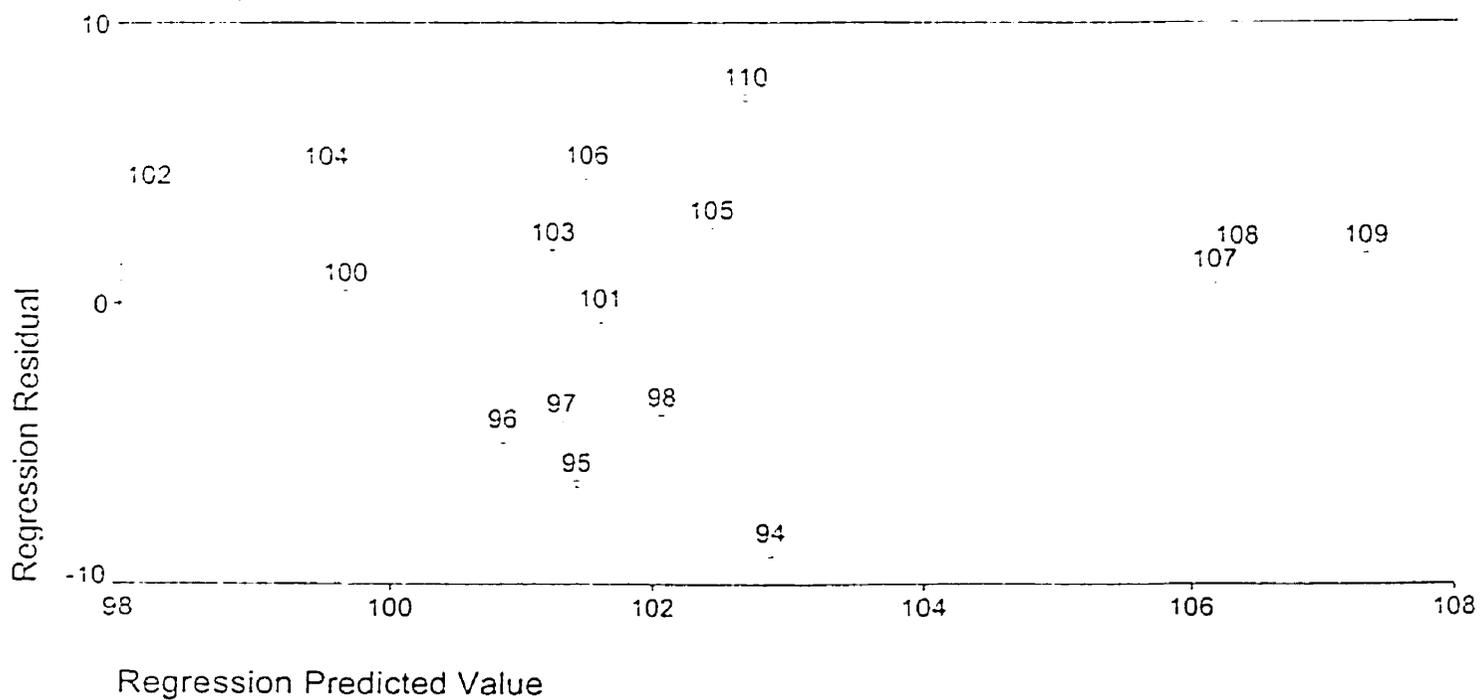
Groupe 5, time 1



Regression Standardized Residual

Scatterplot

Groupe 5, time 1



Normal P-P Plot of Regression Standardized F Groupe 5, time 1

