



Université de Montréal

Évaluation logique de trois (3) campagnes de prévention contre le VIH/Sida à Montréal

par  
Irina Dratchova

Département d'Administration de santé et services sociaux

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté d'études supérieures  
En vue d'obtenir le grade de Maître es sciences (M. Sc.)  
en Administration des services de santé  
Option Analyse et Évaluation du système de santé

Juillet 2010

©, Irina Dratchova, 2010

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :  
Évaluation logique de trois (3) campagnes de prévention contre le VIH/Sida à Montréal

Présenté par :  
Irina Dratchova

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

François Champagne  
Président-rapporteur

Lambert Farand  
Directeur de recherche

Nicole Dedobbeleer  
Membre du jury

## RÉSUMÉ

À l'heure où nous écrivons, l'ONU enregistre 33 million de personnes touchées par le VIH/Sida. Dans les perspectives actuelles de lutte contre la propagation de la pandémie, plusieurs moyens peuvent être mis en place : utilisation du condom, dépistage, échange de seringues, abstinence... Mais une question se pose : quels éléments nous influencent dans l'utilisation d'une telle ou telle pratique?

Faisant usage des stratégies de marketing social, les campagnes de prévention contre le VIH/Sida mettent l'emphase sur l'empowerment des individus face à leur prise de risque. Par ce biais, on tente de changer certains comportements et d'en adopter de nouveaux plus sécuritaires pour la santé.

Nous avons évalué ici trois (3) campagnes de prévention contre le VIH/Sida à Montréal. Le but de cette recherche a été de distinguer les éléments pouvant faciliter la planification des campagnes dans une perspective de diminution de l'incidence du VIH/Sida.

Lors de la prise de décisions concernant l'évaluation d'une campagne de prévention de lutte contre le VIH/Sida, plusieurs points fondamentaux sont à considérer : la source de l'information, le message, le canal utilisé, les caractéristiques du récepteur et l'effet désiré par la campagne. Ces aspects sont primordiaux dans la prise de conscience de la campagne. Mais attention, ce type d'évaluation n'est pas conçu pour en démontrer son efficacité.

Notre étude nous confirme l'importance de l'évaluation des campagnes de prévention aux différents stades de leurs conceptions. Cette recherche nous pousse à connaître les détails du programme de prévention et ainsi avoir une bonne compréhension du déroulement de l'intervention dans une perspective future d'en expliquer l'efficacité

**Mots-clés :** VIH/Sida, prévention, évaluation, marketing social, empowerment, planification.

**ABSTRACT**

At the time of writing, the UN registered 33 million people affected by HIV/AIDS worldwide. Among the current prospects of fighting against the spread of the pandemic, several methods can be implemented: condom use, testing, needle exchange, abstinence... However, one question arises : which factors influence people in the use of one practice or another?

Making use of social marketing strategies, prevention campaigns against HIV / AIDS put the emphasis on the empowerment of individuals in relation to their risk-taking. Attempts to change some behaviours and to adopt new ones that are safer for health are then undertaken.

We evaluated three (3) prevention campaigns against HIV / AIDS in Montreal. The purpose of this research was to distinguish the elements that can facilitate the planning of campaigns that aim to decrease the incidence of HIV / AIDS.

During decision-making regarding the evaluation of a prevention campaign against HIV / AIDS, several key points have to be considered : the source of information, the message, the channel, the receiver's characteristics and the effects desired by the campaign. These aspects are crucial in raising public awareness of the campaign. However, careful interpretation is necessary as this type of evaluation is not designed to demonstrate the efficacy of a campaign.

Our study confirms the importance of evaluating prevention campaigns in different stages of their design. This research leads us to a detailed understanding of the prevention programs and thus provides us with a good understanding of the intervention process in the future perspective of explaining their effectiveness.

**Keywords** : HIV/AIDS, prevention, evaluation, social marketing, empowerment, planning.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Résumé.....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>v</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>vi</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>x</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>xi</b>
<b>Liste des sigles et abréviations.....</b>	<b>xii</b>
<b>Dédicace.....</b>	<b>xiii</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 1 : Problématique.....</b>	<b>4</b>
A.    Énoncé du problème.....	4
I. Le Sida aujourd’hui.....	5
II. La situation au Canada et au Québec.....	6
III. Le défi mondial en matière d’évaluation du VIH/SIDA.....	7
IV. Stratégies de prévention du VIH/Sida.....	9
V. Populations ciblées par la prévention à Montréal.....	12
1. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (HARSAH).....	12
2. Les utilisateurs de drogues injectables (UDI).....	13
3. Personnes provenant de pays où le VIH est endémique.....	13
VI. L’évaluation dans le domaine de la communication préventive du SIDA.....	14
B.    Question de recherche.....	16
C.    Retombées .....	16
<b>Chapitre 2 : Recensions des écrits.....</b>	<b>18</b>
A.    Facteurs de risque sur les campagnes de prévention.....	18
I. Le cercle des facteurs structurels dans la propagation de l’épidémie.....	18
II. Changement de comportement dans l’influence des facteurs structurels.....	21
1. Influence des facteurs sociaux sur le dépistage.....	21
2. L’utilisation de condom sous emprise des facteurs structurels.....	22
3. L’utilisation de seringues neuves.....	24
B.    Perspectives de Marketing social.....	24

C.	Les fondements théoriques dans la construction des campagnes de prévention dans le domaine de la santé.....	26
I.	Décryptage du modèle de McGuire.....	27
II.	Critique du modèle.....	28
D.	La phase de la planification d'une campagne de prévention.....	30
E.	Marketing social dans le domaine du VIH/Sida .....	34
I.	Campagne australienne de la Camarde.....	36
1.	Les résultats positifs de la campagne.....	37
2.	Les résultats négatifs.....	38
II.	Campagne suisse « Hot Rubber » : le préservatif chic.....	39
1.	Impact de la campagne.....	40

### **Chapitre 3 : Méthodologie de recherche.....43**

A.	La Modélisation .....	44
I.	Modèle théorique et hypothèses .....	44
II.	Choix d'une stratégie de recherche .....	45
1.	Devis de recherche retenu.....	45
2.	Validité du devis.....	45
III.	Choix Méthodologique : l'évaluation via la recherche-action participative.....	46
1.	Milieu de recherche : un milieu exigeant.....	47
2.	Identification des campagnes.....	48
3.	Échantillonnage et recrutement des participants.....	52
4.	Identification des participants.....	53
a)	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-Sida) .....	53
b)	Action Séro-Zéro (RÉZO).....	54
c)	Marketel.....	54
5.	Outils de collecte de données.....	55
a)	Les entrevues individuelles.....	55
b)	L'analyse documentaire.....	57
c)	Le journal de bord.....	58
d)	Retours aux résultats.....	58
6.	Recueil et analyse des données qualitatives.....	59
7.	Critère de validité.....	60
a)	Validité interne.....	61
b)	Validité externe.....	61
c)	Fiabilité .....	61
B.	L'analyse logique.....	62
I.	Modèle théorique et hypothèses .....	62
II.	Outil de collecte de données.....	63
III.	Critère de validité .....	63
1.	Validité interne.....	63
2.	Validité externe.....	64

IV. Considérations éthiques .....	64
<b>Chapitre 4 : Les résultats.....</b>	<b>66</b>
A. Modélisation des campagnes.....	66
I. Campagne de prévention « Prêt pour l'action ».....	66
II. Campagne de prévention « OutGames ».....	68
III. Campagne de prévention « Bucher/Guillotine » .....	70
B. Modèle logique théorique.....	72
I. Validité de l'hypothèse d'intervention.....	72
1. Les affiches.....	73
2. Le site Internet .....	74
3. La vidéo.....	75
II. Validité de l'hypothèse causale.....	77
1. Incidence du port du condom sur le VIH/Sida.....	77
2. Incidence du Dépistage sur le VIH/Sida.....	79
3. Incidence de l'utilisation de seringues neuves sur le VIH/Sida.....	79
C. Modèle logique opérationnel.....	81
I. Campagnes de prévention : « Prêt pour l'action ».....	81
1. La Source.....	82
2. Le Message.....	85
3. Le Canal.....	87
4. Le Récepteur.....	89
5. Destination.....	90
II. Campagne de prévention des « OutGames ».....	91
1. La Source.....	91
2. Le Message.....	93
3. Le Canal.....	94
4. Le Récepteur.....	95
5. Destination.....	96
III. Campagne de prévention le « Le Bucher/Guillotine » .....	96
1. La Source.....	96
2. Le Message.....	98
3. Le Canal.....	101
4. Le Récepteur.....	101
5. Destination.....	102
<b>Chapitre 5 : Discussion.....</b>	<b>103</b>
A. Analyse transversale des résultats.....	103
I. Les forces des campagnes étudiées.....	105
II. Les faiblesses des campagnes étudiées.....	106
B. Les limites de l'étude .....	107
C. Retombées futures pour la prévention : perspectives d'évaluation des résultats et de l'impact .....	108

D.	Recommandation .....	110
I.	Humanisation de l'information.....	110
II.	« Normalisation » de la pratique.....	112
<b>Conclusion Générale .....</b>		<b>115</b>
<b>Bibliographie.....</b>		<b>118</b>
<b>Annexes.....</b>		<b>xiv</b>

**LISTE DES FIGURES**

---

Figure 1	Facteurs de risques influençant les campagnes de prévention contre le VIH/Sida
Figure 2	Modèle de persuasion de W. McGuire
Figure 3	Campagnes étudiées
Figure 4	Modèle campagnes « Prêt pour l'action »
Figure 5	Modèle campagnes « OutGames »
Figure 6	Modèle campagnes « Bucher/Guillotine »
Figure 7	Récapitulatif des résultats de l'évaluation logique

---

**LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1	L'impact du VIH/SIDA sur les mécanismes traditionnels de survie dans les économies rurales
ANNEXE 2	Distribution de l'ensemble des cas selon la région socio sanitaire de résidence, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002 à décembre 2005.
ANNEXE 3	The communication persuasion model as an input/output matrix
ANNEXE 4	La phase de la planification en six (6) étapes.
ANNEXE 5	Source d'information sur le VIH/Sida au Canada
ANNEXE 6	Campagnes de prévention de COCQ-Sida soumises à l'évaluation
ANNEXE 7	Grille d'entrevue
ANNEXE 8	Formulaire de consentement

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

COCQ-Sida	Coalition des organismes communautaires de lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
PEPFAR	Plan Présidentiel d'assistance d'urgence au Sida President's Emergency Plan for AIDS Relief
ONUSIDA / UNAIDS	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida United Nations Programme on HIV/AIDS
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance United Nations Children's Emergency fund
OMS	Organisation mondiale de santé
MSSS	Ministère des services sociaux et de la santé
UNGASS	Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies United Nations General Assambly Special Session
USAID	Agence américaine pour le développement international United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C
ITSS	Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang
PES	Programme d'Échange de Seringues
HARSAH	Homme Ayant des Relations Sexuelles Avec d'autres Hommes
ACCM	AIDS Community Care Montreal
ASPEC	Agence de santé publique du Canada

*À mes parents,  
qui ont su tout affronter pour que je puisse avoir l'occasion de les remercier dans un  
mémoire.*

*À mon mari, mon ami, mon amour...*

*À tous ces héros qui combattent sans relâche et de toute leur âme le VIH/Sida.*



## INTRODUCTION

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est considéré actuellement comme la plus grande catastrophe sanitaire qu'ait connue l'humanité (Larsen, 1998). Cette pandémie touche à l'heure où nous écrivons, plus de 33 millions de personnes à travers le monde (ONU Sida, 2008). En près de 28 ans, ce sont quelques 25 millions de personnes qui sont décédées de la maladie. Mais ces chiffres sont à prendre avec précautions. En effet, les vraies données sont encore parfois cachées par certains gouvernements, ce qui entraîne de nouvelles difficultés dans le contrôle de la propagation de la maladie (Gostin, 2004).

Reflétant à bien des égards l'histoire humaine contemporaine, le VIH/Sida a profondément marqué les conceptions du monde, les croyances et les systèmes de représentation (Smith, 1991). La plus simple des pratiques est devenu un véritable casse-tête. C'est la conception de l'amour qui change. Il n'est désormais plus possible de vivre d'amour et d'eau fraîche, il faut rajouter un quatrième variable à cette équation : le préservatif / le condom / la capote / le caoutchouc.

Face aux conséquences aggravées et à la sévérité du VIH/Sida, il est impératif que les sociétés maximisent l'efficacité des ressources et ce pour persuader sa population d'adopter des attitudes et comportements qui les préviendront de devenir des victimes. En absence de moyens médicaux adaptés, le développement de communications informatives et persuasives est la seule stratégie viable pour réduire le taux de propagation du virus du Sida (Brown, 1991 ; Reardon, 1990). Les campagnes de prévention du VIH/Sida deviennent ainsi un outil privilégié dans la minimisation des comportements à risques. De ce faite, il est primordial que les campagnes soient efficaces.

Dans ce cadre, une équipe de chercheurs de l'Université de Laval (Godin *et al.*, 2002) a travaillé à l'élaboration d'un programme d'intervention plus efficace pour les personnes homosexuelles porteuses du virus du SIDA en identifiant les facteurs qui déterminent les intentions des patients séropositifs d'adopter des pratiques sexuelles sécuritaires. L'étude se présentait sous forme de questionnaires portant sur différents

éléments influençant leur intention d'adopter des pratiques sexuelles sécuritaires (avec condom ou relations sexuelles sans pénétration anale). Suite aux six mois d'expériences, les recherches ont révélé que le principal facteur qui influence l'intention d'utiliser le condom est la perception de contrôle sur le comportement. En d'autres termes, plus une personne perçoit de barrières physiques et/ou psychologiques quant à l'usage du condom, moins son intention d'y avoir recours est grande. L'équipe de chercheurs a également démontré que plusieurs situations conduisaient les individus homosexuels à ne pas utiliser le condom. Tout d'abord, il existe la crainte du refus du partenaire. Ensuite, nous retrouvons la difficulté de révéler sa séropositivité à ce dernier. Par ailleurs, l'absence de préservatif à portée de la main constitue une autre raison au non-usage du condom. Finalement, la perte de contrôle sur le comportement sécuritaire peut survenir dans le cas du « coup de foudre amoureux » ; situation dans laquelle le patient se retrouve « désarmé » face à l'excitation et aux sensations du moment. Toutefois, il est important de spécifier que ce cas de figure n'est pas exclusif aux homosexuels.

Dans le cadre d'un programme d'intervention, ces données démontrent qu'il est nécessaire d'améliorer les capacités personnelles qui permettent de diminuer les barrières perçues. En utilisant une forme d'*empowerment*, il est possible pour l'individu séropositif d'éprouver un sentiment de contrôle sur sa vie. C'est un processus requis pour acquérir la capacité d'agir ou le pouvoir d'agir (Le Bossé, 2004). C'est ainsi une façon d'intervenir visant à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés en circonstance, et de fournir aux membres de la communauté, des structures et des conditions favorisant la possibilité de développer leur pouvoir d'agir. Le manque d'opportunités, de choix et d'*empowerment* empêche les gens d'adopter des comportements sécuritaires pour la santé (Kotler et Zaltman, 1971). Le marketing social a beaucoup à offrir, en influençant le comportement, non seulement du citoyen, mais aussi des décideurs et des groupes d'intérêts influents.

Comme concept à part entière dans la prévention du VIH/Sida, la notion de marketing social a permis de présenter de nouvelles techniques qui ont donné lieu à un discours amélioré, ciblant ainsi un public davantage à risque, et permettant de ce fait, de contrer les lacunes précédemment mentionnées. Cette forme de marketing permet non seulement de réaliser la promotion de programmes de prévention, mais s'attarde

également à modifier certains comportements et habitudes de vie à travers l'application de stratégies essentielles et durables, axées sur les groupes ciblés, mais aussi, la communication.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

### A. ÉNONCÉ DU PROBLÈME

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche évaluative portant sur les campagnes de prévention contre le VIH/Sida pour la population montréalaise. La prévention actuelle en matière de VIH/Sida inclut des activités classiques d'IEC (Information, Éducation, Communication), la promotion de l'utilisation des préservatifs ainsi que le dépistage et le traitement des MST. Le changement de comportement et l'éducation sont des outils privilégiés dans la prévention de la maladie. Tel que précisé par Rinn (2002), les campagnes de prévention publiques ont comme but un changement des croyances, des attitudes et des comportements. En favorisant la libre circulation de l'information, on tente de bousculer certains comportements à risques et adopter des attitudes responsables envers soi et autrui.

Considérant qu'il n'existe pas encore de techniques pour la vaccination des individus contre cette maladie (Brown, 1991 ; Reardon, 1990), la stratégie des campagnes de prévention contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est la meilleure arme contre ce virus. Les campagnes contre le VIH/Sida sont destinées à aider les diverses populations à reconnaître leurs comportements à risque face au virus ainsi que de donner des outils pour minimiser les dangers de le contracter (Atkin, 1981 ; Tones, 1986). En mettant l'accent sur l'*empowerment* des individus face à la prise en charge de leur santé, ce type de communication est important dans la prévention de la maladie (Kreps, 1988). Néanmoins, les campagnes de prévention sont confrontées aux difficultés du sujet qu'elles abordent : VIH/Sida. En effet, les campagnes traitent de sujets tels que la drogue, la prostitution, les relations sexuelles non protégées, sujets parfois encore tabou, ce qui rend la tâche préventive du virus encore plus difficile. Les campagnes de prévention tentent par la même occasion d'abattre certains de ces tabous en abordant le sujet.

Au Québec, en moyenne, deux campagnes de prévention contre le VIH/Sida sortent par année. Les principales sources de ces campagnes sont le Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec, qui depuis 20 ans sort une campagne lors de la journée

mondiale de lutte contre le VIH/Sida le 1<sup>er</sup> décembre, et la Coalisation des organismes communautaires québécois de lutte contre le Sida (COCQ-Sida). Cependant, par manque principalement de ressources financière, aucune évaluation des campagnes n'a eu lieu.

Ainsi, cette recherche rejoint plusieurs préoccupations portant sur l'incidence de la maladie à travers le monde, et plus particulièrement dans le cadre de cette étude le Québec. Il devient indispensable que les campagnes de prévention soient efficaces.

## **I. Le Sida aujourd'hui**

Depuis la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) il y a 30 ans, la situation démographique de certains pays a été modifiée. En effet, ce sont quelque 25 millions de personnes qui sont décédées des suites de la maladie (ONUSIDA, 2008). Aujourd'hui, on estime que 33 millions de personnes vivantes avec le virus du Sida dans le monde (ONUSIDA, 2008). De plus, ONUSIDA (2008) souligne que le taux des nouvelles infections a diminué dans certains pays et on tend vers une diminution des décès du au virus, et ce grâce aux traitements du VIH qui prolongent la vie des personnes infectées.

Rarement une épidémie a eu des conséquences aussi importantes sur les divers systèmes (Van Niekerk, 2001). Les effets du Sida sur les travailleurs, les femmes, l'éducation, l'économie, le développement et la situation démographique, les systèmes politiques, les croyances religieuses sont considérables (Burkhalter, 2004, Arndt et Lewis, 2000, ONUSIDA, 2008). Un exemple de logique de l'impact du VIH/SIDA sur les mécanismes traditionnels de survie dans les économies rurales en Afrique se trouve en *Annexe 1*. À chaque étape de la maladie, de nouveaux obstacles se mettent en place : la stigmatisation de la maladie, les co-infections (hépatite C, ITSS), l'accès aux traitements... Bien que le virus ait été découvert en 1981, certaines données sur la maladie sont toujours manipulées. Un certain nombre de pays continuent à faire planer le secret au-dessus de la maladie, soit en contrôlant les chiffres officiels, soit en déniaient la présence de la maladie. L'exemple le plus célèbre est celui de la déclaration du président

Sud Africain, Thabo Mbeki, en 2000, qui aurait affirmé qu'il doutait que le VIH entraîne le Sida. L'Afrique du Sud n'est pas un cas unique : une grande majorité des pays subsahariens refusent d'admettre l'étendue de la maladie (De Lay, Manda, 2004). Dans les pays développés les individus pensent que la maladie vient *uniquement* des immigrants (Sabatier, 1988) ou encore de la population homosexuelle ou des utilisateurs de drogues injectables. Trop souvent, les intérêts de la sécurité nationale et le maintien d'une façade stable du pays est privilégiée. C'est dans ces situations difficiles qu'il est indispensable d'agir.

## II. La situation au Canada et au Québec

Selon Statistiques Canada, on estimait le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida au Canada à 58 000 à la fin de 2005, par rapport aux 50 000 cas à la fin de 2002 (Agence de Santé Publique du Canada, novembre 2007), dont 20 000 se trouveraient au Québec (Agence de Santé Publique du Canada, novembre 2006). Il est nécessaire aussi de préciser que les données du Québec sur le VIH/Sida ne sont plus disponibles depuis le 30 juin 2003. L'infection à VIH a été ajoutée à la liste des maladies à déclaration obligatoire au Québec en avril 2002. Vu les difficultés de ressources que cela entraîne, il y a eu d'importants retards de déclaration et une sous-déclaration des cas de VIH au Québec. Par conséquent, le nombre de cas de VIH signalés ne reflète pas nécessairement le nombre total de cas de VIH au Québec. Entre 2002 et 2005, au Québec, deux-tiers des cas des personnes infectées (65,1%) provenaient de la région de Montréal, 8% de la Montérégie et 7,3% de la région de Québec ((INSPQ, Septembre 2006), *Annexe I*). Ayant le plus grand nombre de personnes infectées au Québec, Montréal devient notre lieu de recherche privilégié.

Près de trois décennies après le début de l'épidémie, une grande majorité de jeunes vivants dans les pays durement touché n'ont toujours pas les connaissances de base au sujet du VIH (ONUSIDA, 2008). Mais ces données ne sont pas exclusives à ces pays. Avec le faible taux de prévalence du VIH/Sida au Canada, les statistiques ne sont guère plus optimistes. Selon une étude menée par le Conseil des ministres de l'Éducation

du Canada (2003), plus des deux tiers (2/3) des élèves de 9<sup>e</sup> année et un peu moins de la moitié des élèves de 11<sup>e</sup> année pensent qu'un vaccin est disponible pour prévenir le VIH/Sida et un nombre important pensent que l'on peut guérir du Sida, s'il est traité très tôt. Environ les deux tiers (2/3) des élèves de 7<sup>e</sup> année, la moitié des élèves de 9<sup>e</sup> année et un tiers (1/3) des élèves de 11<sup>e</sup> année ne savent pas que le VIH/Sida n'est pas guérissable. Ces constatations nous portent à croire que les jeunes d'aujourd'hui peuvent faire preuve de laisser aller au sujet de la maladie. Dans le cas contraire, une surexposition à l'information sur le sujet ne conduit pas *obligatoirement* vers des pratiques sexuelles non protégées ou des comportements à moindre risque (Edgar, Freimuth et Hammond, 1998), et ce car certains individus même très informés tentent de se considérer comme des exceptions au risque, qu'ils croient applicable exclusivement aux autres (McDermott, Hawkins, Moor, Cittadino, 1987).

### **III. Le défi mondial en matière d'évaluation du VIH/SIDA**

En 1990, l'OMS réclamait de l'Europe le développement d'un guide sur l'évaluation et le monitoring, possédant des indicateurs, des cibles, une méthodologie et des protocoles clairs (OMS, 1990). Ce n'est qu'en 2004 que l'ONUSIDA s'est concentré sur le renforcement des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation pour le VIH (ONUSIDA, 2008). Aujourd'hui, les pays reçoivent un soutien élevé dans le domaine de l'évaluation de la part d'un grand nombre d'équipes reliées au VIH/Sida, tels que la Banque mondiale, le Plan Présidentiel d'assistance d'urgence au Sida (PEPFAR), UNICEF, ONUSIDA, OMS (ONUSIDA, 2008). En 2008, une soixantaine de conseillers en suivi et évaluation ont été placés dans les bureaux nationaux et régionaux de l'ONUSIDA afin de (ONUSIDA, 2008, p.20):

- « *Apporter un appui technique continu pour le développement du potentiel national en matière de suivi et d'évaluation;*
- *Collaborer avec les programmes nationaux de lutte contre le SIDA pour élaborer et suivre des indicateurs mesurables afin d'évaluer la mise en œuvre des stratégies nationales; et*
- *Aider les pays à élargir les activités de suivi et d'évaluation du niveau national au niveau du district. »*

D'après la Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) (2008), un grand nombre de pays se sont dotés d'une base de données centrale sur le VIH. Ainsi entre 2005 et 2007, le nombre de pays jouissant d'un plan national de suivi et d'évaluation, d'une unité nationale ou d'un groupe de travail technique national spécialisé dans le suivi et d'évaluation, ainsi que d'une base de données centralisées sur le VIH, est passé de 14 à 44 (UNGASS, 2008). En plus d'avoir des systèmes de suivi et d'évaluation plus solides, les méthodes pour surveiller les principaux aspects de l'épidémie se sont perfectionnées.

Il subsiste néanmoins des lacunes et des faiblesses cruciales. Ainsi, un grand nombre de pays n'ont pas facilement accès aux ressources financières et techniques pour les activités de suivi et d'évaluation, notamment pour la surveillance du VIH. En effet, un pays sur quatre doté d'un plan national de suivi et d'évaluation ne peut satisfaire aux exigences budgétaires que de tels travaux suggèrent. Un sur trois n'a pas assuré le financement pour la mise en œuvre du plan. Plus d'un tiers des pays dotés d'un plan de suivi et d'évaluation n'ont pas de bases de données centralisées sur le VIH. De plus, bien que les pays à revenu élevé aient pour la plupart des épidémies de VIH concentrées ou de niveau faible, seulement, 17 sur les 23 d'entre eux ont publié des informations sur les populations les plus exposées au risque d'infection au VIH. Il est à souligner que les taux de compte rendu ont été plus importants pour les indicateurs liés au test VIH par rapport aux indicateurs liés à la prévention du VIH et aux connaissances sur le virus (ONUSIDA, 2008).

#### IV. Stratégies de prévention du VIH/Sida

Les multiples programmes de prévention du VIH/SIDA tendent à ralentir la transmission du VIH en encourageant la préparation de politiques, de stratégies et d'initiatives nationales en matière de prévention, en coopérant avec un grand éventail d'intervenants (Santé Canada, 1998). C'est ce que l'on appelle la prévention. Il existe un certain nombre de méthodes de prévention du VIH/Sida, soit les traitements médicaux, le gel microbicide, l'approche « ABC », la prévention par les pairs et finalement l'auto-prévention par l'empowerment, que l'on traite dans cette recherche.

Dans un premier temps, les traitements médicaux sont utilisés après la mise en évidence du virus de l'immunodéficience humaine dans le sang de l'individu dépisté. À l'heure actuelle, il existe deux types d'antiviraux utilisés. Le premier consiste en des médicaments qui agissent au niveau de la transcription inverse de l'ARN viral en ADN. Quant au second type d'antiviraux, il empêche la formation de particules virales infectieuses en s'attaquant à la phase de la réplication du virus au moment de la formation des nouveaux virions. Donc, la plupart des médicaments mis sur le marché se basent sur l'interférence avec la transcription inverse ou l'inhibition de la duplication virale. Même si l'élimination du virus chez les patients suivant un traitement devenait possible cela ne réglerait pas le problème de l'épidémie du Sida dans les pays en voie de développement. Des médicaments efficaces et peu coûteux seront sans doute mis sur le marché dans les années futures, mais actuellement, la meilleure solution semble être le développement d'un vaccin efficace qui préviendrait l'infection et l'évolution de la maladie.

Le gel microbicide se voulait être un tout nouveau moyen de prévention destiné à protéger les femmes de l'infection par le VIH. Le gel antimicrobien se devait de protéger les femmes en empêchant la pénétration du VIH dans les cellules de la paroi vaginale ou encore rectale (Bélec, Saidi, Carbonneil, 2005). Toutefois, malgré les espoirs mis dans le gel, les premiers essais menés au Bénin, en Afrique du Sud et en Ouganda, auprès de 1 300 femmes, révèlent que le risque de transmission du VIH est plus élevé chez les femmes qui ont recours au gel microbicide que chez celles qui appliquent un placebo. Les

agences de l'Organisation des Nations Unies (ONU), comme l'OMS ou l'ONUSIDA, comptaient beaucoup sur les recherches évaluant l'efficacité des microbicides. Actuellement, divers gels sont étudiés cliniquement à grande échelle, principalement en Afrique où la place de la femme dans le choix des relations sexuelles reste problématique (Coggins, Blanchard, Friedland, 2000).

La stratégie « ABC » vise à inciter les individus à s'abstenir de rapports sexuels, à bannir l'infidélité au sein du couple ou à réduire le nombre de partenaires sexuels. Dans le cas où l'abstention ne peut être appliquée, l'usage correct, systématique et continu d'un condom est vivement conseillé. En réalité, cette stratégie met l'emphasis stricte sur l'abstinence chez les jeunes, au moins jusqu'au mariage, et la fidélité chez les couples mariés, le recours au condom n'étant recommandé que pour les personnes « ayant des comportements à risque élevé ». En outre, dans ce cas, l'abstinence demeure la meilleure protection contre le VIH (Cohen, Décembre 2003). Cette stratégie est prioritaire dans certains pays africains, tel que l'Ouganda, mais aussi en Asie, aux Caraïbes et aux États-Unis, où elle a été baptisée « Plan Présidentiel d'assistance d'urgence au Sida » (PEPFAR : President's Emergency Plan for AIDS Relief) et s'inscrit dans la politique conservatrice du président américain George W. Bush. Ce type de prévention du VIH/Sida représente un défi important : le réalisme. En effet, cette politique étatsunienne ne tient pas toujours compte de la réalité des situations présentes dans ces pays africains, tel que la place de la femme au sein des couples où l'on force les femmes à l'abstinence sexuelle au contraire des hommes (Réseau mondial des femmes pour les droits reproductifs, 2006).

La sensibilisation de la population au Sida passe aussi par les pairs. Un pair est considéré comme un individu appartenant au même groupe que nous souhaitons cibler à travers une intervention. Plusieurs critères peuvent permettre de caractériser ce groupe (âge, sexe, occupation, orientation sexuelle). L'approche par les pairs emploie des personnes qui ont été formées spécifiquement sur le sujet du Sida dans le but de sensibiliser les autres membres du groupe, mais également, pour tenter de changer un comportement particulier chez cette même population (par exemple, introduire la nécessité d'emploi régulier d'un préservatif). Ainsi, les pairs représentent des modèles pour les individus visés par la sensibilisation. Du fait que des sentiments de confiance et

d'aisance s'installent entre les pairs et la population ciblée, l'approche profite généralement d'un grand succès en matière d'atteintes d'objectifs d'éducation et de sensibilisation. Au final, chacun devrait être capable de devenir acteur de sa propre santé et de son propre bien-être.

La prévention passe finalement par l'*empowerment* ou encore l'autonomisation. C'est la prise en charge de la personne par elle-même, et ce, à tous les niveaux. Au Québec, c'est la grande tendance des publicités de prévention, c'est celle de l'*empowerment*. En effet, une prise de contrôle de la population est mise en place afin que cette dernière puisse gérer sa vie sexuelle et adopter des comportements sains et responsables (leur fournir des outils pour qu'ils puissent faire des choix et surtout poser des actions éclairées). L'utilisation du préservatif ainsi que les tests de dépistage fréquents sont les deux solutions que les organismes préconisent largement. Pour cela, les multiples instances corporatives, communautaires et gouvernementales concernées ont utilisé des modes de communication variés pour atteindre les personnes atteintes du SIDA, les personnes séropositives, les personnes qui ont des comportements à risque et le public en général.

À travers le monde nous pouvons distinguer deux types différents d'épidémies du VIH. Dans un premier temps, les épidémies sont dites "généralisées" si la transmission est entretenue par des comportements sexuels de la population en générale et elle durerait malgré les nombreux programmes efficaces destinés aux groupes vulnérables. Inversement, les épidémies sont dites "concentrées" si la transmission se produit en grande partie au sein de groupes vulnérables précis, comme les travailleurs de l'industrie du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ainsi que chez les personnes utilisant des drogues injectables (UDI). L'Amérique du Nord possède une épidémie concentrée comparé à l'Afrique au sud du Sahara, qui présente une épidémie généralisée. La distinction du type d'épidémie à laquelle sont confrontés les pays aide à mettre en place des stratégies préventives efficaces contre le VIH.

## **V. Populations ciblées par la prévention à Montréal**

Les approches orientées sur des populations différentes sont fondées sur des données adaptées à la culture et permettent de mieux s'attaquer aux réalités des individus. À Montréal nous distinguons quatre grands groupes de populations à risque : les HARSAH, les UDI, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et les personnes ayant des rapports hétérosexuels non protégés. Selon une estimation sur 17 920 personnes porteuses du virus, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009), évaluait que 51 % seraient issus de la communauté des HARSAH (soit 9 060 personnes porteuses), 15 % des UDI (2 710), 16 % des hétérosexuels originaires d'un pays endémique (2 900) et 13 % des hétérosexuels originaires d'un pays non endémique (2 350).

### **1. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)**

Parmi les populations vulnérables au VIH/sida, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont particulièrement affectés. À Montréal, ils comptent pour approximativement 55,7% des cas existants d'infection au VIH (INSPQ, Juin 2009).

Il est à craindre que le VIH poursuivra à affecter gravement les hommes gais et bisexuels dans les années à venir. En effet, les pratiques sexuelles à risque pour la transmission du VIH semblent augmenter au sein de cette population. Une étude fait état de relâchement des comportements sécuritaires dans la population HARSAH. (INSPQ, Juin 2009). Le phénomène semble être accompagné par une augmentation d'autres infections transmises sexuellement dans cette population. Ainsi, ces dernières années, les hommes gais de Montréal sont confrontés avec une réapparition de la syphilis (INSPQ, Novembre 2009).

Cette augmentation du VIH serait en partie encouragée par les contraintes liées aux mesures de prévention, en particulier l'usage du condom, par la fatigue face aux

messages de prévention, par la peur du rejet et de la stigmatisation liée à la divulgation de la séropositivité, par la médicalisation de l'épidémie, etc. (Vanable et al., 2003).

## **2. Les utilisateurs de drogues injectables (UDI)**

Chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI), l'infection au VIH est toujours à l'état épidémique. Au Québec, ils représentent 20% de l'ensemble des cas déclarés (MSSS, Décembre 2004). Jusqu'à aujourd'hui, ce taux de prévalence semble se maintenir.

Ceci dit, bien qu'elles soient encore très répandues, certaines pratiques à risque telles que la fréquence des injections et la réutilisation de seringues ont tendance à baisser (INSPQ, Juin 2009). L'intensification du travail de proximité, le travail de coordination et de liaison avec les partenaires, de même qu'une plus grande accessibilité au matériel stérile d'injection ont probablement contribué à éviter la progression de la transmission (Wodak et Cooney, 2006)

## **3. Personnes provenant de pays où le VIH est endémique**

Nous entendons par pays endémique « *ceux qui ont une incidence du VIH chez les adultes (de 15 à 49 ans) égale ou supérieure à 1,0 % de la population et qui satisfont un des critères suivants : 50 % ou plus des cas de VIH sont attribuables à une transmission hétérosexuelle; le ratio homme femme est égal ou inférieur à 2:1; ou l'incidence du VIH chez les femmes qui reçoivent des soins prénataux est supérieure à 2 %* ». (Agence de la santé publique du Canada, Novembre 2007, p.95). Ainsi, au Québec, ce sont les Québécois d'origine haïtienne et africaine qui sont tout particulièrement touchés par le VIH/sida. Depuis plusieurs années, environ 10% des cas déclarés de sida au Québec sont des Québécois d'origine haïtienne (INSPQ, Juin 2009).

Les communautés de personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont différentes. Elles se distinguent par leurs histoires, leurs langues et leurs traditions culturelles. Toutefois, ces collectivités sont touchées par de nombreux facteurs sociaux, économiques et comportementaux qui, en plus de renforcer leur vulnérabilité face au VIH, réduisent considérablement leur accès aux programmes de prévention, de dépistage et de traitement. Deux enquêtes menées auprès de communautés africaines et antillaises (Groupe de travail sur le VIH endémique, Novembre 2001 et Décembre 2003) ont montré que des problèmes tels que le racisme, l'itinérance, la pauvreté, le sous-emploi et les problèmes relatifs au statut en matière d'immigration et de citoyenneté réduisent l'accessibilité aux programmes.

## **VI. L'évaluation dans le domaine de la communication préventive du SIDA**

De nombreuses études se sont penchées sur la combinaison de croyances, connaissances, normes et attitudes qui peuvent réguler l'orientation de réussite ou non de la campagne. Aussi, peu de chercheurs ont examiné la contribution des diverses sources de communications à un changement de comportement. Précisons que les moyens de communication sont nombreux : cours académiques, séances d'information, campagnes de promotion de la prévention utilisant des affiches, brochures, messages publicitaires dans les médias écrits et reportages à la radio et à la télévision.

De plus, il existe des variations quant aux éléments d'une communication préventive (e.g., forme du contenu, style de présentation). Ceci peut aussi jouer sur son efficacité. De nombreux facteurs, tant dans le message, dans sa diffusion, que chez son audience, influencent la réussite d'une communication préventive. McGuire (1972) a énuméré une liste de facteurs de communication (source, message, canaux de diffusion, caractéristiques de la personne cible et les effets désirés) pour mieux décrire les conditions sous lesquelles une communication persuasive sera traitée de manière efficace et causera les effets visés. De manière générale se sont les facteurs qui vont avoir une incidence sur l'attention de l'individu. (McGuire, 1989)

Dans ce contexte, la recherche doit se préoccuper de mieux connaître les paramètres d'efficacité et les mécanismes d'action par lesquels une communication préventive atteint ses effets. Bon nombre d'études en psychologie du consommateur ont démontré que l'efficacité de la publicité et autres communications informatives ou persuasives était conditionnée par la nature du message et différents aspects de sa présentation (Georget, 2005).

L'expérience montre que les campagnes de santé publique ont réussi à sensibiliser le public. Face au SIDA, plusieurs pays ont mis au point des campagnes médiatiques, notamment télévision et cinéma, pour faire passer des messages capables de susciter des réactions affectives intenses. Dans cette étude, nous nous proposons d'examiner la phase première de la construction d'une campagne de prévention : la phase de la planification.

Cette recherche vise à montrer comment l'évaluation doit être intégrée à toute campagne de communication visant une audience spécifique. Loin de se limiter à l'unique phase finale, c'est-à-dire l'évaluation d'effets, c'est un processus continu qui s'entame dès le début du projet. Ceci garantit alors un dialogue entre les populations visées et l'équipe chargée de la campagne de prévention à chaque phase de l'intervention. Comme le souligne Kushner (2000) il est important de se pencher sur les raisons d'une évaluation. L'enjeu de la présente recherche vise ainsi à refléter l'action des acteurs locaux et à se réappropriier l'évaluation comme auto-réflexion et une possibilité d'apprentissage. Cette recherche s'est construite sur la recherche-action basée sur l'empowerment entre l'animateur et les individus impliqués dans le projet de prévention (Reason, 1994a, 1994b). Notre étude s'est principalement axée sur l'identification des problèmes dans la pratique.

## B. QUESTION DE RECHERCHE

La réussite des campagnes de prévention en santé est soigneusement dessinée et guidée par des théories mises en place préalablement. Ces théories donnent aux planificateurs une direction et un but clair dans lequel s'engager. Nous chercherons dans cette étude à voir :

- La plausibilité des hypothèses émises lors de la construction des campagnes de prévention ainsi que
- La justesse des moyens utilisés dans la construction des campagnes de prévention dans le domaine du VIH/Sida.

Les approches traditionnelles se penchent principalement sur les résultats d'un projet. Toutefois nous proposons d'aborder la question de l'évaluation d'une manière différente, en nous concentrant sur l'analyse des causes des mauvaises performances et de la nature des relations au sein d'un programme. Dans ce cadre, notre problématique sera : l'analyse logique de trois (3) campagnes de prévention du VIH/Sida à Montréal. Cette analyse logique permettra de « *déterminer l'adéquation, d'une part entre les différents objectifs de l'intervention, d'autre part, entre les objectifs et les moyens [...] mis en œuvre pour [...] porter un jugement sur la cohérence de l'intervention.* » (Contandriopoulos et al., 2000, p.532).

## C. RETOMBÉES

Ce processus d'évaluation vise à :

- Informer et renforcer le processus de construction de campagne de prévention
- Offrir de l'information objective qui influencera les décisions prises au sujet des activités futures dans le domaine de la prévention via le marketing social.

- Synthétiser la conception d'activités complexes ;
- Améliorer et faciliter le processus de construction d'une campagne de prévention ;
- Faciliter la préparation de programmes opérationnels détaillés.

Il est important de souligner que l'utilisation de l'évaluation, via la recherche-action, s'est faite dans un but d'auto-réflexion critique pour les participants, qui sont les acteurs directs dans la mise en place des campagnes de prévention choisies. Nous outrepassons la conception traditionnelle de l'évaluation en tant que regard d'un expert sur une intervention et adoptons une position d'aidant aux participants à expliciter leur modèle d'action et à le formaliser en termes théoriques. Ainsi, l'évaluation est conceptualisée comme un processus d'auto-réflexion par les acteurs du projet (Touraine, 1989, 1995) et comme possible apprentissage (Kushner, 200). Pour aller plus loin, notre recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action participative, où l'accent est mis sur l'acquisition des connaissances par le dialogue avec le chercheur (Reason, 1994a, 1994b).

## **CHAPITRE 2 : RECENSIONS DES ÉCRITS**

Ce chapitre met l'accent sur les bases qui construisent les campagnes en santé publique. Nous aborderons dans un premier temps les variables susceptibles d'avoir un impact sur la planification des campagnes de prévention. Aussi nous nous concentrerons sur les stratégies utilisées dans l'élaboration des campagnes tout en mettant en relief deux exemples de campagnes de prévention du VIH/SIDA. Cette section représente les constructions théoriques sur lesquelles nous basons notre évaluation.

### **A. FACTEURS DE RISQUE SUR LES CAMPAGNES DE PRÉVENTION**

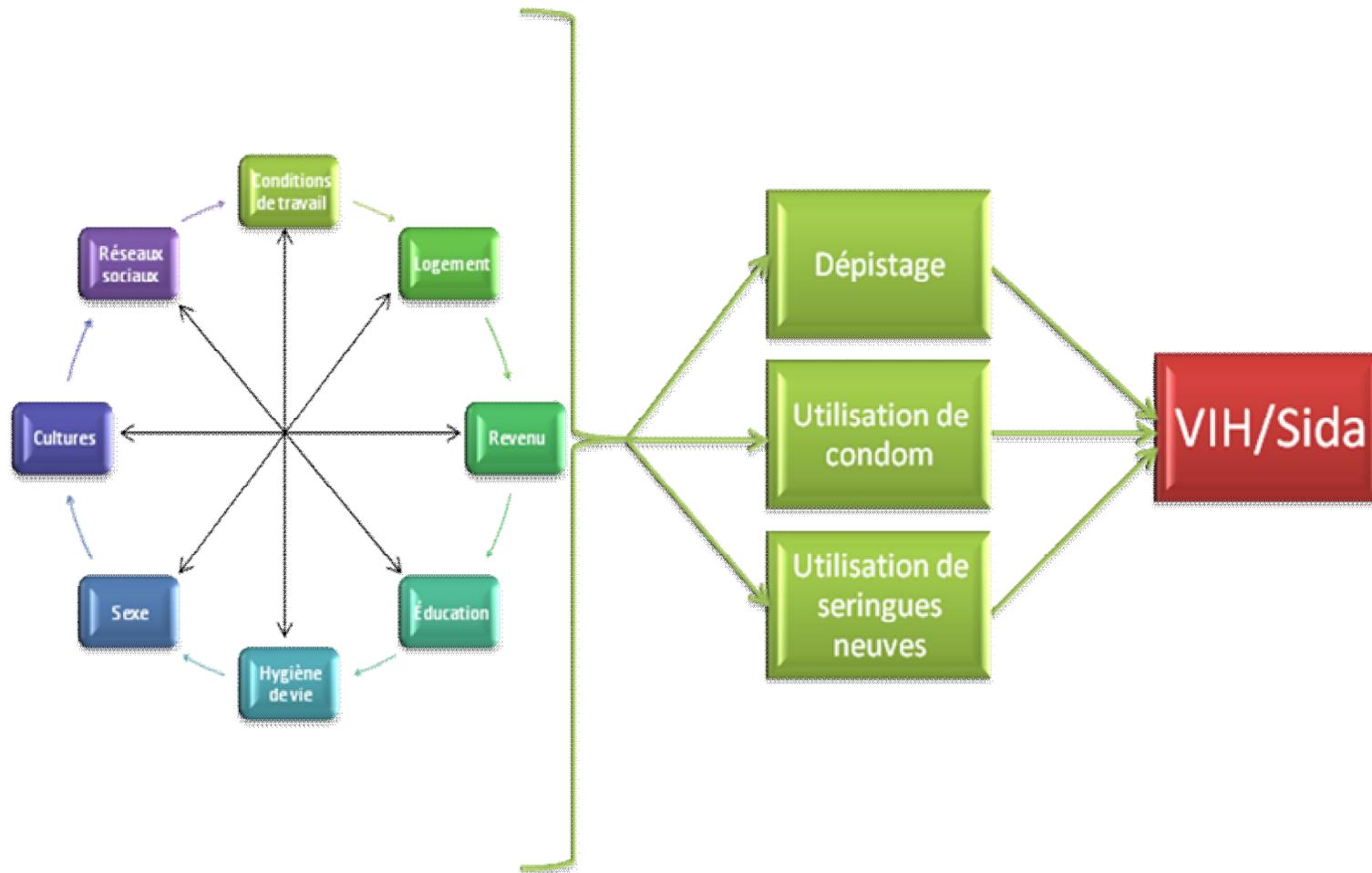
Un grand nombre d'éléments extérieurs peuvent influencer les stratégies de planification et de prévention du VIH/Sida. Ces conditions ont parfois de la difficulté à se faire valoir et à être pris en considération dans les pratiques de prévention du VIH/Sida. À cette étape nous nous penchons sur les différents éléments pouvant influencer la construction des campagnes de prévention du VIH/Sida. Ces derniers sont présentés dans le graphique sur la page qui suit.

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et plus de moyens pour l'améliorer (O.M.S., 1986). La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, notamment pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Toute amélioration du niveau de santé est solidement attachée dans ces éléments de base.

#### **I. Le cercle des facteurs structurels dans la propagation de l'épidémie**

De nombreuses caractéristiques structurelles influençant la vulnérabilité des personnes face au VIH sont difficiles à modifier, car elles sont profondément enracinées dans les facteurs sociaux, économiques et politiques de notre société. Par conséquent, le travail sur ces facteurs est vu comme une tentative d'enrayer le virus à long terme.

Figure 1: Facteurs de risque influençant les campagnes de prévention contre le VIH/Sida



Source : Agence de la santé publique du Canada, (consulté en ligne le 15 Mars 2010), La santé de la population, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/index-fra.php>]

Ainsi, bien que le VIH soit causé par un virus, sa propagation est également alimentée par plusieurs facteurs sociaux tel que : « le revenu et le statut social, les réseaux sociaux de soutien, l'éducation et le degré d'alphabétisation, les conditions d'emploi / de travail, l'environnement social et physique, l'hygiène de vie et les habiletés d'adaptation, le développement des enfants en santé, la biologie et l'héritage génétique, les services de santé, le sexe et la culture » (Agence de santé publique du Canada, consulté en ligne le 15 Mars 2010). Tous ces facteurs peuvent influencer le jugement d'une personne ou peuvent diminuer la capacité d'une personne à se protéger contre le VIH.

Il existe un lien important entre la pauvreté, le désavantage, l'exclusion sociale, la consommation de drogues ainsi que d'autres facteurs qui mettent une personne à risque face à l'infection au VIH. Ces déterminants affaiblissent le jugement des personnes en favorisant un sentiment d'impuissance dans les relations, un manque d'estime de soi, un manque de sens de communauté et à d'autres problèmes de santé. En voici quelques exemples.

On constate que les inégalités en matière de revenu servent de logique aux autres inégalités socio-économiques. En effet, les personnes à faible revenu ont un niveau d'éducation moins élevé et ont des connaissances plus faibles sur les modes de transmission du VIH et de l'efficacité des moyens de prévention (CATIE, 2009). Cette vulnérabilité en termes de comportements de prévention des personnes sans diplôme apparaît renforcée chez les femmes. Ce résultat renvoie alors à la question de la vulnérabilité des femmes liée aux négociations entre partenaires autour de l'usage du préservatif.

On observe ainsi à travers le monde une féminisation croissante du VIH et du sida, autrement dit une augmentation de la proportion des femmes infectées par le virus du Sida. Un des facteurs de vulnérabilité des femmes est la dépendance financière. En effet, la vulnérabilité économique des femmes, qui résulte des inégalités entre les genres, augmente les risques qu'elles contractent le virus du VIH/SIDA. La plupart des femmes dans les pays en voie de développement ainsi qu'au Canada, sont dépendantes financièrement de leur mari et elles ont peu de contrôle sur leur revenu (Evangelista *et al.*, 2009). Cette dépendance économique augmente le pouvoir décisionnel masculin par

rapport aux relations sexuelles et aux moyens de protection contre les maladies transmissibles sexuellement (ONUSIDA, 2008). Dans ces conditions, les femmes se protègent moins du VIH/SIDA et ont moins recours notamment au test de dépistage et aux traitements de la maladie. D'autre part, il est prouvé que les femmes qui sont économiquement plus vulnérables et qui ont un bas niveau de scolarité ont moins tendance à utiliser le condom (OMS, 2003).

La compréhension de l'influence des facteurs physiques, sociaux, culturels, organisationnels, communautaires, économiques, politiques sur la prévention contre le VIH, nous amène à nous intéresser davantage aux approches structurelles de la prévention contre le VIH. Ces interventions visent à transformer le contexte qui participe à la vulnérabilité et aux risques d'une personne face au VIH. On s'intéresse ici à l'amélioration des facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux. Ces approches désignent les éléments qui influencent le comportement de la personne, soit dans son intention de se faire dépister, de faire usage de condom ou de seringues neuves.

## **II. Changement de comportement dans l'influence des facteurs structurels**

Les actions de changement de comportement pour la prévention contre le VIH visent à influencer principalement les connaissances, les attitudes et les comportements des individus face au risque de contraction du VIH (Coates et al. 2008). Il faut savoir que l'infection au VIH est causée par le comportement social de l'humain et c'est sur cet aspect que vont se jouer les stratégies de prévention du VIH. Ces interventions visent à influencer les connaissances, les attitudes et les comportements qui mettent une personne à risques face au VIH (UNAIDS, 2007).

### **1. Influence des facteurs sociaux sur le dépistage**

Bien que la discrimination sur le motif du VIH/Sida dans le domaine de l'emploi, dans l'accès aux services offerts au public et diverses ressources soit interdite au Québec,

il est toujours considéré par de nombreuses personnes comme étant honteux d'afficher son statut sérologique. Cette intolérance réside principalement dans la peur liées à la maladie mais aussi dans l'existence de préjugés vis-à-vis des populations les plus touchées : les utilisateurs de drogues injectables, la population issue des pays endémiques et les homosexuels.

Dans un premier temps, la peur de la discrimination liée au dévoilement du statut sérologique influence les tendances qui poussent les individus à se faire dépister. La stigmatisation suscite un désir de ne pas vouloir connaître son statut sérologique. De ce fait, le dépistage et l'accès au traitement sont retardés (Skinner, 2004). La peur d'être discriminé limite les possibilités de dévoilement de son statut sérologique et ce même auprès de l'entourage proche, comme la famille et les amis.

Aussi, la pensée répandue qui stipule que VIH ne concerne qu'une catégorie de population est encore trop présente dans notre société. Certaines personnes se sentent hors d'atteinte et rejettent l'idée du risque. L'objectif des démarches de prévention est d'amener ceux qui ne le feraient pas spontanément à se faire dépister. Dans les pays occidentaux, nous pouvons encore ressentir une certaine stigmatisation quant à la population porteuse du virus, c'est-à-dire : transmission du virus uniquement au sein de la population immigrante (Sabatier, 1988; Van Der Vliet, 1996) ou encore au sein de la population homosexuelle (Walpin, 1997; Crewe, 1992).

En raison des stigmates associés au VIH et au sida, certaines personnes sont anxieuses à l'idée de se faire tester. La possibilité du dépistage anonyme leur permet de subir un test sans révéler leur identité.

## **2. L'utilisation de condom sous emprise des facteurs structurels**

Sachant qu'il est le principal moyen de prévention contre le VIH/Sida et autres infections sexuellement transmissibles le plus efficace (ONUSIDA, 2008), le préservatif possède des barrières importantes dans son utilisation. Pour le condom masculin, on pourrait penser aux difficultés de son installation, au bruit ou encore certaines allergies au latex. De plus, son utilisation dépend largement de la bonne volonté de l'homme. Cet

aspect a mené à la conception d'une méthode qui pourrait être initié par la femme: le condom féminin. Cette méthode contrôlée par la femme pourrait se révéler spécialement profitable aux femmes à risque au VIH/Sida et ITSS et qui ont du mal à persuader leurs partenaires masculins d'utiliser des préservatifs en latex.

Toutefois, le condom féminin présente un certain nombre de désavantages. Du point de vue esthétique, l'anneau externe du condom pour femmes est perceptible à l'extérieur du vagin et émet des bruits durant la relation. Lors de l'échec d'une négociation de son utilisation, cet aspect permet au partenaire de le déceler et le rend ainsi difficile à utiliser dans le secret.

Aussi, certaines normes sociales traditionnelles rendent difficile pour les femmes et les filles du monde entier de se protéger contre l'infection par le VIH. Certaines de ces normes sont liées à la sauvegarde de la virginité des filles. Certaines croyances indiqueraient que les connaissances sur la sexualité pousseraient les femmes à devenir sexuellement actives. De ce fait l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle est généralement limité. En raison de cette insuffisance de connaissances imposée et des menaces de violences qui pèsent sur elles, plusieurs jeunes femmes se dirigent alors vers d'autres comportements sexuels, tel que des relations sexuelles anales, ce qui peut accroître leur risque de contracter le VIH (Weiss, 2000).

Dans un déséquilibre de pouvoir entre les hommes et les femmes la négociation du sécurisexe semble compromise. En effet, la protection des femmes contre la transmission du VIH n'est pas garantie parce que leurs choix en matière de santé sexuelle peuvent être limités. Cela est confirmé par la « féminisation du sida », où les femmes sont plus vulnérables à aux contraintes culturelles, psychosociales, sociales et économiques (ONUSIDA, 2008, Dedobbeleer et Morissette, 1999). Aussi, plusieurs femmes qui optent pour le commerce sexuel sont confrontées à des risques particuliers d'infection par le VIH. Il peut être difficile de négocier le port du condom avec les clients qui refusent de le porter.

Dans la mesure où des femmes séronégatives qui vivent des violences dans leurs relations sont les moins susceptibles d'avoir le pouvoir de négocier sur l'utilisation des préservatifs, les microbicides pourraient représenter une alternative de protection contre

le VIH/Sida et les ITSS. Cette méthode donne l'espoir de pouvoir délaissier une relation abusive avant d'être contaminée par le virus.

### **3. L'utilisation de seringues neuves**

L'approche traditionnelle à l'égard des personnes utilisatrices de drogues est celle de la criminalisation et des mesures punitives qui l'accompagnent. En effet, le rejet du groupe de ces individus se base sur le problème de diffusion de l'idéologie sociétale (Coppel, 1994) : l'effort, le travail et la réussite. Les utilisatrices de drogues injectables représentent l'opposé de ce que l'on tente de véhiculer. Il devient alors très aisé de moraliser les personnes toxicomanes en les condamnant et culpabilisant sur leur état de dépendance.

En se concentrant sur l'approche de la réduction des risques, il n'est pas facile de modifier les comportements. Les modèles actuels d'interventions comportementales se fondent souvent sur des théories assumant que les personnes prendront des mesures pour éviter les risques si elles sont bien informées. Cependant :

*« La résistance au changement est de l'ordre motivationnel plutôt qu'intellectuel : à égalité d'arguments, la préférence serait donnée à l'expression gratuite plutôt qu'à une tentative de propagande manifeste » (Leyens, 1979, p84)*

Le comportement individuel est grandement influencé par des facteurs personnels, socioéconomiques, culturels et environnementaux. La fusion d'approches structurelles reliées à des approches comportementales accroîtra l'efficacité des interventions comportementales.

### **B. PERSPECTIVES DE MARKETING SOCIAL.**

Le « marketing social » est une accommodation des techniques de marketing commercial et leur application à des visées sociales. L'idée de marketing peut être vu comme un échange de processus entre une ou plus de parties qui se donnent comme objectif de rejoindre les besoins individuels (Kotler, 1982).

Le marketing social se décrit comme :

*«Use of marketing principles and techniques to advance a social cause, idea or behavior. More specifically: social marketing is the design, implementation, and control of programs seeking to increase the acceptability of social idea or cause in target group(s). It utilizes concept development, communication, facilitation, incentives and exchange theory to maximize target group response. »* (Kotler et al., 1982, p. 490)

Dans le contexte de la promotion de la santé et de l'éducation sexuelle de la population, le marketing social se définit par huit caractéristiques : la prise en charge des récepteurs potentiels, la théorisation de l'échange des informations, la segmentation et l'analyse des publics cibles, la recherche pédagogique, l'analyse des canaux communicatifs empruntés, la logistique commerciale et la mise en place de processus efficaces de gestion (Atkin et Wallack, 1990)

À la différence du marketing commercial, le marketing social opère sur un marché moins profitable. Dans cette perspective, il suscite moins de compétition; les clients n'ont pas à toujours payer pour le service et le produit; la demande peut être trop grande par rapport aux ressources présentes; le produit ou l'attitude peut parfois être non désirée par le receveur (ex : les régimes), et les intérêts des divers groupes peuvent être mis à l'épreuve (ex : l'industrie du tabac) (Solomon, 1989).

Dans le marketing social, l'utilisation des 'Quatre P' (McCarthy, 1975) est un outil primordial dans la planification de la communication. Les « P » représentent le produit, le prix, la place et la promotion. Ainsi, pour qu'une campagne soit mise en place avec succès, il faut que les 'Quatre P' soient concordants entre eux. De plus, ils incluent toutes les activités qui font en sorte que le consommateur est conscient du produit ou du service qu'on lui fournit et encourage à adopter l'attitude appropriée face à ce qui est proposé. En ce sens, Donovan (1992) complète cette définition en attribuant un but aux campagnes de prévention :

*«Media campaigns can serve a number of roles, but primarily: (1) placing the issue on the community's agenda; (2) framing the issue;*

*(3) eliciting reports of abuse; (4) directing individuals to sources of assistance/further information; (5) changing social norms; (6) modelling appropriate and inappropriate behaviours; and (7) increasing the awareness of the target audience 'with respect to their own behaviour, and hence increasing the likelihood of the individual assessing his or her own behaviour and their self responsibility for such behaviour.» (Donovan, 1992, p. 12)*

Dans le cadre de notre étude, les campagnes servent essentiellement à changer les attitudes face au VIH/Sida. En ce sens, pour les campagnes contre le VIH/Sida, les médias servent d'émetteurs de la prévention pouvant être représentés sous forme de posters, de brochures, de publicités télévisées.

### **C. LES FONDEMENTS THÉORIQUES DANS LA CONSTRUCTION DES CAMPAGNES DE PRÉVENTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.**

Lors du développement des campagnes préventives en matière de santé, plusieurs approches théoriques peuvent être appliquées. Celle qui semble la plus large et claire est celle proposée par William J. McGuire (1989) et le modèle de persuasion. Ce dernier a repris le modèle de Lasswell (1948) qui a été le premier à avoir utilisé un modèle pour la construction d'une communication persuasive en explicitant les questions : qui dit quoi? Via quel medium? À qui? Dans quel but? Bien que ce ne se soit certainement pas la première modèle d'effets, McGuire était un des premiers à proposer l'idée que l'esprit de consommateur opère comme une unité centrale d'information (Barry, 1987). Son modèle de traitement de l'information (IPM : information-processing model) ont surtout été appropriés au champ de publicité et particulièrement la matrice de communication/persuasion ont surtout été appropriés au champ de publicité et tout particulièrement la manière dont ils offrent un modèle d'étapes au processus de changement d'attitude et de comportement. McGuire a observé la *«psychology of consumer choice from three perspectives: the external factors influencing consumer choice, the internal directive factors, and the internal dynamic factors»* (McGuire, 1976, p.302). Le modèle de traitement de l'information est rattaché aux facteurs propres à

l'individu (la personnalité individuelle et les caractéristiques démographiques d'une personne) qui peuvent influencer les étapes successives (McGuire, 1976).

**FIGURE 2 : Modèle de persuasion de W. McGuire**

McGuire propose ainsi un modèle intégrant d'une part, les différentes composantes à partir desquelles on construit une communication qui vise à modifier attitudes et actions; et d'autre part, les différents outputs qui sont les étapes que la communication doit cibler pour obtenir l'impact de persuasion. Ainsi, La source, le message, le canal, le récepteur et les résultats attendus représentent les éléments à partir desquelles on construit une communication de persuasion. Les outputs

	INPUT	SOURCE	MESSAGE	CHANNEL
OUTPUT				
1. Exposure to the communication				
2. Attending to it				
3. Liking, becoming interested in it				
4. Comprehending it (learning what)				
5. Skill acquisition (learning how)				
6. Yielding to it (attitude change)				
7. Memory storage of content and/or agreement				
8. Information search and retrieval				
9. Deciding on basis of retrieval				
10. Behaving in accord with decision				
11. Reinforcement of desired acts				
12. Post-behavioral consolidating				

*Source : McGuire, W. J. (1976) Some internal psychological factors influencing consumer choice. Journal*

constituent une suite d'étapes reliés aux attitudes et aux comportements du récepteur face au message dans un contexte de persuasion. Ce modèle input/output, communication/persuasion est représenté dans son intégralité en *Annexe 3*.

## I. Décryptage du modèle de McGuire

Comme il est possible de le voir sur le tableau, le traitement de l'information se compose d'étapes successives et les récepteurs passent par chaque étape jusqu'à l'action/achat/le changement d'attitudes ou de comportement. Dans le milieu de

hiérarchie, quelques variables de différence individuelle affectent le traitement de l'information. Afin d'atteindre un changement d'attitude, les messages devraient être planifiés et communiqués pour le long terme. Car, selon McGuire (1989), les effets immédiats sont moins efficaces que l'effet à long terme du point de vue du souvenir et de la persuasion.

Cette méthode illustre les déterminants qui tendent vers un impact de persuasion. Ainsi, selon McGuire, le récepteur doit être exposé au message avec une attention suffisante, ce qui lui permettrait d'y trouver un certain intérêt dans ce qu'on lui transmet. Il doit aussi comprendre le message dans le but de le traiter et l'évaluer. Ce n'est qu'à cette étape que l'on peut s'attendre à une influence du contenu du message (grâce à l'émotion recherchée, l'information qu'il fournit...) et simultanément, le récepteur pourra mémoriser le message dans le cas où il est en accord avec ce qu'il apporte.

Néanmoins, d'autres variables doivent être prises en considération. Dans le cas où la source du message n'est pas crédible par exemple, le récepteur ne sera pas enclin à juger la pertinence de ce qu'il reçoit comme information. Il en va de même dans le cas où le récepteur ne se reconnaît pas dans le message (son style de vie n'est pas semblable à celui exposé par l'information, par exemple), il rejettera alors le message et sera plus résistant au changement.

Ce modèle est un outil utile pour éviter des fautes pouvant être commises dans la création de campagnes publiques de prévention. Le tableau réunit des éléments multiples à considérer dans la construction et l'évaluation de messages persuasifs. Il résume toutes les composantes de traitement de l'information et se complète en utilisant la hiérarchie d'effets.

## **II. Critique du modèle**

Néanmoins il serait pertinent de critiquer ce modèle de traitement de l'information. En effet, il est possible de considérer que le modèle proposé par McGuire est « *overly restrictive in assuming that cognitively complex changes in consumer*

*attitudes are necessary for effective advertising* » (Scholten, 1996 : 98). Cela fait allusion au fait que ce ne sont pas toutes les actions qui exigent des niveaux supérieurs de raisonnement. L'esprit humain n'est pas toujours concentré ou méthodique pour suivre à chaque fois une hiérarchie directe. Scholten (1996) propose le modèle de probabilité d'élaboration qui suppose qu'il y ait deux trajets intérieurs radicalement différents pour le changement d'attitude. Un d'entre ceux-ci est le trajet périphérique. Les gens sont souvent distraits, non motivés, ou trop occupés pour véritablement penser à ce qui se trouve devant eux. Au lieu de la logique, les gens utilisent des signaux périphériques et raccourcis heuristiques pour prendre une décision. Ces raccourcis peuvent être fondés sur le visuel, sur les connaissances précédentes et les associations (Myers, 2002; Scholten, 1996). Inversement, quand motivés et capables de raisonnement, les gens prennent le trajet central, qui se concentre à évaluer les arguments et est souvent appliqué pendant les achats de haute importance (Myers, 2002).

*« Attitudes changed along the central route are more persistent, more resistant to counterpersuasion, and more predictive of behavior than attitudes changed along the peripheral route. »* (Scholten, 1996, p.98).

Finalement, Lavidge et Steiner (1961) ont développé une théorie qui est semblable au modèle de traitement de l'information par McGuire. Ils suggèrent que les consommateurs traversent un certain nombre de stades antérieurs avant de passer à l'action et que la progression passe par plusieurs stades simultanément. Le modèle de Lavidge et Steiner admet aussi l'existence d'attitudes négatives. Il faut ainsi modifier cet état du receveur. C'est seulement à ce moment qu'il pourrait passer au niveau supérieur vers un achat/consommation/changement d'attitudes (Barry, 1987).

Ainsi, la théorie de McGuire, avec la matrice de communication/persuasion, est complète, descriptive et effectivement, très utile dans la création et l'évaluation de communications persuasives, mais le modèle semble toujours légèrement altéré. McGuire lui-même a noté (1976) que le modèle exprime la réponse de l'esprit humain à la persuasion comme quelque chose de semblable au traitement intérieur d'un ordinateur, mais il semble que les processus cognitifs dans l'esprit humain ne sont pas toujours si linéaires. La publicité peut toujours être efficace sans que le consommateur soit guidé à chaque pas du processus. Ainsi, l'utilisation de théories multiples et de modèles dans la

construction et l'évaluation de messages persuasifs, comme les publicités, serait plus complète.

#### **D. LA PHASE DE LA PLANIFICATION D'UNE CAMPAGNE DE PRÉVENTION**

La première phase d'un projet de communication, la phase de la planification, comporte plusieurs étapes (*Annexe 4*), qui permettent notamment de mieux cerner les éléments pouvant jouer sur l'efficacité de l'intervention. Une planification adéquate est alors au cœur du projet de marketing. Que ce soit pour un produit commercial ou un service, un changement social ou la santé publique, c'est à cette étape qu'il est indispensable de formuler la pertinence du problème et comment le régler. Cette phase constitue une suite d'étapes qui tentent d'orienter le projet vers un modèle à suivre. (Siegel et Lotenberg, 2007)

Aussi, la planification se révèle être importante lorsque les ressources dont on dispose sont limitées. Elle tend à améliorer la coordination, éviter les contradictions et, à condition de le faire avec soin, il sera possible d'éviter des pertes inutiles de temps et d'argent. Ce plan ne joue pas de rôle de prototype mais bien d'une sorte de rappel de l'orientation vers laquelle doit aller la campagne de prévention (Siegel et Lotenberg, 2007). La mise au point d'une bonne planification en marketing social permet de mettre au point des programmes durables et parfois autonomes (Kotler *et al.*, 1982). Ce qui suit est la suite d'étapes à suivre afin d'obtenir une campagne bien construite :

##### **Étape 1 : Analyse du contexte**

Dans un premier temps, il est nécessaire de faire une analyse du contexte. Ceci permettra de connaître les caractéristiques des conditions dans lesquelles l'intervention va se dérouler (contexte démographique, épidémiologique, économique, politique, culturel, ainsi que d'autres programmes d'intervention et d'assistance existant déjà) (Bertrand, 1978). En ce sens, il faut :

- *Identifier le problème et la population que cela affecte* : il est nécessaire de chercher les données qui définissent au mieux le problème et la population que cela touche, en identifiant sa cause et des solutions potentielles.
- *Analyser des comportements présents et comportements de remplacement possibles* : il est possible désormais de mettre en avant le contexte dans lequel ces comportements prennent place (démographique, épidémiologique, économique, politique, culturel...), les bénéfices et les barrières à de tels comportements. Il faudra aussi sélectionner le comportement idéal recherché par la campagne afin sélectionner le minimum de ce à quoi on s'attend (ce qui serait réellement faisable) (Graeff *et al.*, 1993; Kotler *et al.*, 2002).
- *Mettre en évidence tous les éléments d'une solution (éducation, loi, marketing)* : cette étape permet aux personnes impliquées de mieux voir quels types de changement il faut entreprendre et les outils qu'il faudra utiliser.
- *Déterminer l'environnement dans lequel se passera le changement* : à cette étape, il faudra revoir les essais passés et leurs résultats, tout en identifiant les activités complémentaires existantes ou compétitives (organisées par d'autres groupes).

L'analyse du contexte permet aussi d'examiner les divers circuits de communication et de savoir comment ils fonctionnent (cf. au modèle input/output, communication/persuasion de McGuire). Ces données sont essentielles. En effet, cette analyse est en mesure d'aider à éviter certains pièges et à mieux sélectionner les composantes de la campagne de prévention en les ajustant à la réalité. Cette étape tient également compte d'un besoin hypothétique de créer un environnement favorable au changement (Franklin, 1994).

## **Étape 2 : Sélection de l'approche et décision du rôle du marketing**

Après avoir déterminé le contexte dans lequel l'intervention se mettra en place, il faut faire un choix sur la solution réaliste qu'il faudra suivre. La première étape sera d'examiner les opportunités et les difficultés qu'il faudra affronter, ainsi que les changements qu'il faudra effectuer (e.g. éducation, loi).

## **Étape 3 : Sélection de la mission et des objectifs**

Dans le cadre du marketing social, l'objectif premier est d'atteindre un changement de comportement. Il doit alors être clair et précis. Cela est indispensable pour éviter les diverses pertes de temps et d'argent dans le cas où la planification de la campagne prendrait une autre direction que celle pré-établie. Aussi, il existe divers types d'objectifs dans le cas du marketing social, le changement des connaissances, des croyances (Kotler *et al*, 2002) et de comportement. Il faut alors savoir sur quel élément notre initiative va se pencher. À cette étape il faut :

- Spécifier l'attitude, les conditions ou les politiques à changer

À partir de ces résultats, l'équipe de planification peut sélectionner le public que viseront les actions spécifiques de la campagne de communication

## **Étape 4 : Segmenter et sélectionner la population ciblée**

Il est nécessaire de faire une analyse de l'audience. Celle-ci porte sur les conditions dans lesquelles les réactions sont attendues. Ultimement, c'est au niveau des individus que ces changements interviendront. C'est à ce niveau qu'ils pourront prévenir l'infection au VIH. Dans de nombreux cas, le changement comportemental n'est pas un phénomène immédiat et n'est pas irrévocable. Il se fait graduellement. Il faut tout d'abord s'attendre à l'évolution des connaissances et des attitudes, puis une première tentative

d'ajustement du comportement. Pour une planification d'une campagne, il est important que les organisateurs soient conscients des diverses mentalités que l'on retrouve sur le terrain. De ce fait, on s'intéressera aux connaissances des membres de l'audience, à leurs attitudes (croyances, valeurs, attentes, préférences), aux barrières présentes, ainsi qu'aux facteurs pouvant motiver un changement (Franklin, 1994). Il sera aussi important de s'arrêter sur les préférences de l'audience quant aux circuits de communication. Il faut alors :

- Déterminer la population cible sur laquelle on veut agir
- Identifier les comportements actuels et ceux que l'on veut obtenir
- Identifier les barrières aux comportements

L'analyse de l'audience devrait ainsi dégager une image claire du profil des individus que l'on cherche à cibler.

### **Étape 5 : Le dessin des offres en santé public : Les Quatre « P »**

À cette étape nous déterminons quel est le produit qui va être offert, quel est son prix et comment il va être payé, sélectionner le canal par lequel il va passer et développer la stratégie de promotion.

- *Produit* : Représente le bien, le service ou l'idée dont on fait la promotion. C'est-à-dire : le comportement ou produit encouragé ; les objets ou services offerts pour appuyer le changement dans le comportement ; les principaux avantages qui découleront d'un changement dans le comportement.
- *Prix* : Est le coût (argent, temps et effort) payé pour tirer profit de la campagne de marketing social. En ce sens : les coûts (monétaires et non monétaires comme le temps, le coût affectif, l'inconfort physique, l'embarras ou la gêne, la désapprobation, etc.) que les individus associent à l'abandon de l'ancien comportement et à l'adoption du nouveau comportement.
- *Place* : Se définit comme l'endroit où le public cible reçoit les messages de la campagne et la façon dont il les reçoit. C'est-à-dire, quand et où le public cible aura accès au produit et service offerts dans le cadre du programme, et où prend-il l'information.

- *Promotion* : Les méthodes utilisées pour mener la campagne (radio, télévision, événements spéciaux, promotions ou spectacle... )

### Étape 6 : Plan d'évaluation

Finally, it is necessary to proceed to the implementation of an evaluation plan. Evaluation must be completely incorporated into the conception of a prevention campaign. It is indispensable that it be done throughout the project (McKenzie et al., 2000). It must be integrated as well in the preparatory phase as during the pre-test of communication products, during the campaign (followed) or at the end of intervention to judge its effects (Bertrand, 1978). Thus, evaluation represents an inevitable component of each phase of the prevention project.

#### E. MARKETING SOCIAL DANS LE DOMAINE DU VIH/SIDA

Evaluation of a prevention campaign for HIV/AIDS is not an easy task. Campaigns must address the most intimate and delicate subjects (Paicheler, 2002). Persuasive messages in prevention are different depending on the population to which they are applied. The first preventive campaigns led to many prejudices. In fact, at the beginning of the 1980s, American publications defined the populations at risk as the group of four « H », homosexuals, heroin addicts, homophiles and Haitians (Farmer, 1996), aggravating thus the prejudices existing on certain populations, such as Haitians whom one accused of voodoo. Today, prevention campaigns aim to motivate a change in attitudes and to challenge the taboos generated by prejudices related to the disease. In effect :

*« Sur plus d'une décennie, à mesure que s'est constitué un savoir scientifique sur la maladie, nous avons été témoins d'ignorance, d'hésitations, de retours en arrière, d'évolutions fluctuantes du risque de transmission selon différents vecteurs. » (Paicheler, 1998 :87)*

Since the first campaigns, the means of prevention have evolved. Using many media, addressing larger populations, campaigns

tendent de toucher le plus de personnes possible. Au niveau communautaire, des projets ont vu le jour pour répondre à certains besoins sociaux et pour contribuer aux efforts de prévention, sans offrir d'assistance médicale. Ainsi, les campagnes de prévention tendent à répondre de moins en moins à des préoccupations publicitaires et de plus en plus à des objectifs de santé publique.

Dans la perspective canadienne, l'accent est mis sur quatre grands axes d'intervention, dont : « *promouvoir une stratégie efficace de prévention du VIH [...] notamment grâce à l'éducation de la population et à l'élaboration de nouvelles techniques de prévention.* » (ACDI, consulté en ligne le 26 avril 2008). Il existe des évidences quant à la réussite de la transmission des connaissances sur le VIH/Sida via les médias. Selon les sondages effectués par l'Agence de santé publique du Canada, en 2006, les articles de journaux (43%) et la télévision en général (40%) sont les deux principales sources où les Canadiens ont récemment entendu parler du VIH/Sida (*Annexe 5*). Le rôle que tiennent les média est primordial au niveau de la perception de la maladie.

Un grand nombre de pays ont mis en place des campagnes éducatives destinées au grand public sur le HIV/Sida. Quelques-unes ont été évaluées en utilisant des variables telles que la connaissance, les attitudes et comportements, et le tout soutenu par des informations sur les couvertures médiatiques sur la maladie, des appels téléphoniques, les demandes de dépistage du VIH, ventes de préservatifs, les tendances en incidence et la prévalence des maladies sexuellement transmissibles et le VIH/Sida (FHI, 2001). Cependant, il existe des incertitudes quant aux moyens selon lesquelles la campagne est censée agir sur les individus. Il est difficile d'attribuer l'augmentation des ventes des préservatifs à une campagne commerciale (Caumont, 1996) dans le cas de la communication publique. Les changements espérés peuvent être le fait d'un grand nombre de facteurs exogènes à l'action. Il est donc ardu de délimiter la part d'influence des mesures publiques sur les phénomènes qu'elles cherchent à modifier. Par conséquent, cela empêche de savoir si les objectifs ont été atteints grâce aux moyens mis en œuvre ou autres facteurs. Les méthodes d'évaluation utilisées dans le cadre des campagnes de prévention du sida au niveau national sont souvent des post-tests (méthode quantitative). On tente de mesurer les effets directs de la communication à partir d'un certain nombre d'indicateurs (si la campagne a été vue, mémorisée et de quelle manière elle a été perçue

et appréciée). Cependant, cette méthode s'avère insatisfaisante car elle ne permet pas d'établir de lien direct entre l'action et les changements de comportements. Souvent, ce qui fait défaut, c'est le moyen de déterminer l'efficacité à partir de mesures de productivité (Wildavsky, A., 1996). Connaître le nombre de contaminations évitées grâce à une campagne de prévention du sida est irréalisable. En revanche, en prenant l'aspect coûts-bénéfice, la campagne sera favorable lorsqu'un très petit nombre de contaminations a été évitées. Il sera considéré que le budget de prévention a été rentabilisé (Sitbon, Août 2002).

Malgré les nombreux problèmes posés par l'évaluation des campagnes de prévention du Sida, il a été possible de voir l'efficacité de plusieurs campagnes de sensibilisation qui ont tenté de changer certaines habitudes de vie des citoyens. Voici le cas Australien de la Camarde (1987) et le cas Suisse du « Hot Rubber » (1985), deux campagnes portant sur la prévention du VIH/SIDA.

## **I. Campagne australienne de la Camarde**

Au moment de sa découverte, les Australiens, comme de nombreux pays, pensaient que le SIDA était une maladie réservée aux homosexuels. Mais avec sa propagation massive prenant des proportions épidémiques, on constata que le comportement sexuel à haut risque et le partage des seringues s'étaient fortement répandus. Le Gouvernement s'est alors lancé dans une campagne nationale d'éducation en se fixant pour objectif: faire comprendre aux Australiens que le problème du VIH/SIDA les concernait tous (Dwyer *et al.*, 1 Juillet 1988).

Ainsi, en avril 1987 a débuté la nouvelle campagne qui marquera les esprits jusqu'à aujourd'hui. Pendant une semaine, elle a été distribuée via des messages télévisés, diffusés à une heure de grande écoute. On y voyait la représentation traditionnelle de la mort (la Camarde armée d'une faux et revêtue d'un costume médiéval) qui renversait des quilles humaines sur une piste de bowling. Personne n'est épargné par son avancée : nouveau-né, enfant, homme ou femme. Les mois suivants,

d'autres annonces sont parues dans les journaux, au cinéma, dans les revues et à la radio, contenant des informations sur la transmission du virus, les rapports sexuels protégés, le test de dépistage d'anticorps ainsi qu'un numéro de téléphone où l'on pouvait se procurer d'autres informations pertinentes (Harcourt *et al.*, 1 Août 1988)

D'après les premières enquêtes, les annonces télévisées avec la Camarde avaient atteint 97% des personnes (Mortel *et al.*, 1988). Et en très peu de temps, le SIDA est passé au premier plan des préoccupations.

## **1. Les résultats positifs de la campagne**

Au bout de huit semaines, une évaluation à mi-campagne a été faite afin de comparer, grâce aux recherches antérieures, les connaissances, les attitudes et les comportements avant et après la campagne. Les constats ont été indéniables : des fausses idées sur la transmission par contact accidentel étaient moins fréquentes et les attitudes envers la prévention (tel que, l'emploi des préservatifs et distribution d'aiguilles et de seringues) étaient plus compréhensives (Cresswell, 1 décembre 2007). Ainsi, les chercheurs ont conclu que la campagne de la Camarde avait réussi non seulement à sensibiliser la population en général face à la problématique du SIDA et à informer sur la maladie mais aussi à changer l'approche des individus face aux comportements à risque. Avec l'augmentation des débats publics, on a aussi constaté des discours plus ouverts sur des sujets encore parfois controversés, tel que les rapports hétérosexuels par voie anale, sur les attitudes vis à vis des préservatifs et sur les hommes mariés bisexuels.

Les dispensaires antivénéériens ont eux aussi participé à la mise en relief de conclusions concernant l'impact de la campagne. En effet, ils ont signalé un changement important d'attitude vis-à-vis des préservatifs. Les clients se sont montrés moins opposés à l'emploi des préservatifs et de nombreux établissements ont poussé leur utilisation afin que les prostituées désireuses de s'en servir en aient plus facilement accès (Mortel *et al.*, 21 Mars 1988).

Aussi, après la campagne, n'ayant pas d'éducation exhaustive sur le SIDA à l'école, les ministères de l'éducation des États ont reçu pour mandat d'inclure, dans les programmes scolaires, l'éducation sur le VIH/SIDA.

## **2. Les résultats négatifs**

La campagne de la Camarde a aussi généré certaines conséquences malheureuses. Elle a ainsi réveillé inutilement d'énormes angoisses chez bien des gens, et ce à propos de leurs comportements passés. À la suite des premiers messages télévisés, les laboratoires chargés des tests de dépistage ont été envahis. Pourtant, les gens ne cherchaient pas à mieux se renseigner sur le SIDA, mais plutôt faire un test pour savoir s'ils n'avaient pas été contaminés dans le passé. En effet, dans les principaux dispensaires, on n'a pas enregistré de hausses dans les demandes d'informations générales sur les symptômes, la transmission ou les pratiques sexuelles plus sûres. De nombreuses personnes peu exposées au risque ont tenté de se rassurer plutôt que de s'informer. Par ailleurs, on a aussi constaté que les hommes homosexuels et les femmes prostituées n'ont pas été plus nombreux à se rendre dans les dispensaires, allant même jusqu'à une diminution du nombre d'homosexuels vus, dans le principal dispensaire anti-SIDA (Mortel *et al*, 21 Mars 1988).

Aussi, à cause du secret entourant la campagne<sup>1</sup> au début de la parution, les services n'étaient pas bien préparés à faire face à cette sollicitation extraordinaire de leur service. Il a eu de nombreuses plaintes quant au manque de connaissances de certaines personnes sur le sujet, la mauvaise distribution des publications d'appoint et une mauvaise coordinations entre les divers services (d'État, fédéraux, publics et non gouvernementaux).

Le Conseil de lutte contre la discrimination a remarqué une augmentation du nombre de cas de discrimination et de harcèlement présents sur le lieu de travail. De plus,

---

<sup>1</sup> La campagne a été précédée d'une action de promotion soigneusement orchestrée et l'on a veillé à ne pas divulguer sa teneur, de manière à obtenir un impact maximal.

dans les dispensaires anti-SIDA, le personnel a observé un sentiment d'exclusion croissant parmi les personnes infectées par le VIH (Mortel *et al*, 21 Mars 1988).

Aussi, un nombre important d'agents chargés de l'éducation sur le SIDA ont eu une réaction négative quant aux messages « cachés » de la campagne. Il y a eu un grand travail effectué auparavant afin de faire comprendre qu'en adoptant certains comportements il était possible de prévenir et contenir la propagation du SIDA. Or, la campagne de la Camarde semblait contredire ce point de vue en concluant que la mort était inévitable (Dwyer *et al*, 1 Juillet 1988)

En gagnant un prix international, la campagne australienne de la Camarde a été une véritable réussite publicitaire. Néanmoins, tant elle a réussi à mettre la problématique du VIH/Sida au centre des préoccupations du pays et des débats publics; tant les australiens n'ont pas réellement accepté l'idée de faire partie des personnes exposées. On ne les a pas poussés à chercher de l'information sur le VIH/Sida ou les changements de comportements qu'il est possible d'adopter.

## **II. Campagne suisse « Hot Rubber » : le préservatif chic.**

D'après un certain nombre d'études suisses, on a noté une grande baisse d'enthousiasme quant à l'idée de se servir des préservatifs. C'est devenu un objet que l'on croyait manifestement oublié. Afin de contrer cette idée reçue, des homosexuels professionnels de la publicité s'associèrent alors à des groupes d'homosexuels pour réaliser la campagne qui suit. Ainsi, dès 1983, les «*Groupes de travail des homosexuels de Suisse*» débute la campagne d'information au sein de leur propre communauté (Hausermann, 1988). Le message principal de la campagne est le « safer sex ». On prône alors l'utilisation du préservatif.

Le groupe s'est mis comme but d'avoir le meilleur produit, le meilleur design et le plus de points de vente possible. Pour soutenir cette initiative, il fallait créer une publicité permanente capable d'atteindre tous les secteurs de la population homosexuelle. Ils se sont mis comme but d'orienter les campagnes publicitaires vers une banalisation du

préservatif et, même, aller jusqu'à le rendre chic. Ce sont alors des personnes homosexuelles qui ont pris la responsabilité d'informer leur communauté, ce qui a certainement contribué à mieux se faire accepter comme méthode préventive (Hausermann, 1994).

Plusieurs essais ont été nécessaires pour mettre au point une approche de marketing recevable. Le premier essai échoua devant le rejet de la population homosexuelle mais le second fut très bien accueilli. Le design et l'emballage étaient attrayants sans abuser des connotations sexuelles. On choisit un nom anglais pour contourner le problème suisse du multilinguisme (les langues officielles étant le français, l'allemand, l'italien et le romanche). « The Hot Rubber Company », propriété de l'Aide suisse contre le SIDA, est devenu le nom de la marque. Dès novembre 1985, la Hot Rubber Company a commencé à vendre les « Hot Rubbers » dans leur version finale. Les bénéfices de la société étaient réinvestis en totalité dans la campagne de prévention (Hausermann, 1994).

Par la suite, il fallait amener le produit jusqu'aux gens concernés. Les bars et saunas étaient des lieux de distribution privilégiés. Après plus de deux années, il était désormais possible, dans certains bars, de se faire servir une bière avec deux préservatifs. Aussi, une distribution gratuite a été faite dans certains saunas (Staub, 1988).

## **1. Impact de la campagne**

Après une année de campagne, une enquête réalisée à Berne (une évaluation ponctuelle) dans des groupes homosexuels a montré qu'à la question : « Qu'est-ce que le Hot Rubber? » 90% des personnes interrogées répondaient « un préservatif » ou « le préservatif des homosexuels ». (Kotler, Roberto, Lee, 2002)

En 1986, un an après sa mise en vente, 125 000 préservatifs ont été vendus et, en 1987, les chiffres se sont stabilisés aux alentours de 300 000 (Staub, 1988). Les chercheurs ont conclu que cette stabilisation des ventes s'expliquait par la vente des produits de prix et de qualité comparable au Hot Rubber dans les grandes chaînes de supermarchés.

Au cours de l'été 1987, l'Institut de Médecine sociale et prévention a entrepris, pour l'Office fédéral de la Santé publique, une enquête scientifique sur le changement de comportements parmi la population homosexuelle. Huit cent (800) questionnaires et cinquante (50) entretiens individuels ont fait l'objet d'une évaluation. Les résultats ont montré que (Staub, 1988):

- 85% des personnes interrogées ont dit avoir changé de comportement sexuel;
- 75% achetaient des préservatifs
- 66% respectaient rigoureusement les règles de base de la protection sexuelle.

À partir de ces données, des conclusions ont été tirées (Staub, 1988):

- 1 homme sur 5 est encore exposé au risque.
- Ceux qui connaissent une personne atteinte du SIDA signalaient un changement de comportement positif (mais ce n'était pas le seul facteur responsable).
- Les hommes ayant de nombreux partenaires (qu'ils aient connu ou non une personne atteinte du SIDA) adoptent plus vite des pratiques sexuelles plus sûres que les autres hommes à risque.
- Tous les groupes semblent être au courant du message de prévention et semblent respecter les règles.

L'étude a aussi délimité un certain groupe qu'il est difficile d'atteindre par les campagnes de prévention. Aujourd'hui, c'est un groupe que l'on appelle un HARSAH (homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) À l'intérieur de groupe, trois (3) cas problématiques ont été soulevés (Staub, 1988):

- Les hommes bisexuels, qui ne s'estiment pas comme homosexuels et pensent qu'un message adressé aux homosexuels ne les concerne pas.

- Les adolescents homosexuels, parce qu'ils sont trop soucieux par leurs premières insertions dans cette nouvelle culture pour surveiller les messages préventifs du SIDA.
- Les homosexuels d'un certain âge, qui ont de la difficulté à trouver des partenaires et sont plus prédisposés à repousser les campagnes valorisant l'utilisation du préservatif.

### CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

McGuire (1981:69) soutient “*Any undertaking as important and expensive as a public communication campaign should have evaluation procedures built into it*”. L’évaluation doit s’intégrer à tous les niveaux de la campagne (FHI, 2001). Dans ce contexte, pour évaluer les actions de prévention, de soins ou d'assistance dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, l'approche que nous avons retenue est celle décrite par Michael Quinn Patton (1990, p. 11-12) :

*«Le but de cette recherche appliquée et de l'évaluation est d'informer les parties engagées dans des interventions, d'améliorer leurs décisions et d'exploiter les informations pour résoudre des problèmes humains et sociaux. (...) Une étude d'évaluation se juge à sa capacité à rendre plus efficaces les actions et les interventions humaines et à son utilité pratique pour les décideurs, les responsables de l'orientation des politiques et les autres participants aux efforts d'amélioration du monde. »*

Dans une perspective d’évaluation logique, notre recherche se divise alors en deux étapes fondamentales : 1) la modélisation, suivi de 2) l’analyse logique. Dans un premier temps, il s’agira d’établir le modèle logique de l’intervention. C'est-à-dire, expliciter via un modèle la situation à améliorer. La construction du modèle logique constitue une étape essentielle de l’évaluation sur laquelle s’appuie tout le questionnement évaluatif subséquent (Mercer et Goel, 1994; Meeres, Fisher et Gerrard, 1995). Le modèle logique est un schéma qui représente les principaux éléments du programme à l’étude et en décrit le fonctionnement en termes concis. Plus précisément, il établit les liens logiques entre le contexte dans lequel se déroule le programme, les objectifs visés, les ressources déployées, les activités offertes ainsi que les résultats attendus à court, moyen et long terme.

Par la suite, nous nous attarderons sur l’analyse critique du modèle (analyse logique) en procédant à l’analyse du bien-fondé du modèle théorique et à l’analyse de la validité du modèle opérationnel. Ce qui suit est la méthodologie employée dans cette étude.

## A. LA MODÉLISATION

### I. Modèle théorique et hypothèses

La modélisation est un moyen efficace pouvant expliquer les phénomènes reliés à la perception du réel. C'est le processus qui nous aidera à identifier les ressources, les activités et les résultats souhaités de notre intervention. Ce modèle nous permettra de préciser la chaîne des hypothèses causales et d'intervention afin d'établir un lien entre les ressources, les résultats intermédiaires des activités et les buts ultimes du programme (Weiss, 1998). Le modèle sera alors au centre de ce travail d'évaluation qui veut expliquer certaines relations et faciliter la prise de décision (Roy, 1975).

Nous allons ainsi nous attarder sur la théorie de programme (modèle théorique) qui met en évidence les hypothèses sur la façon dont l'implantation se transforme en résultats désirés (Weiss, 1998). Les hypothèses que l'on a découvert en cours d'étude nous ont permis de mettre en avant un certain nombre de variables pertinentes à des études futures. Aussi, la construction de notre modèle théorique sera soutenue par le modèle input/output, communication/persuasion de McGuire (1976)

L'étape du modèle logique sera documentée sur l'essence d'une intervention en posant ces quelques questions :

- Quelles activités prévoit-elle avec quelles ressources?
- Quels *outputs* produit-elle pour quel groupe de clients?
- Quels buts ou objectifs stratégiques, l'intervention essaie-t-elle de réaliser à long terme?

Cette démarche nous a servi à clarifier les liens de causalité qui existent entre les activités, les extrants et les résultats prévus de l'intervention.

## II. Choix d'une stratégie de recherche

### 1. Devis de recherche retenu

La modélisation des campagnes de prévention s'est faite à l'aide de la *recherche par cas multiples via la recherche-action*. Les cas sont représentés par les campagnes de prévention contre le VIH/Sida. Nous avons ainsi considéré les campagnes selon si elles ont eu du succès ou non selon ses organisateurs. Nous avons ainsi sélectionné trois (3) cas, soit trois (3) campagnes de préventions, dont il est possible d'avoir la description plus loin dans notre chapitre.

Nos cas ont été soutenus par les variables communicationnelles définies par le modèle de la communication persuasive de McGuire (1976) (*Annexe 3*). En effet, les inputs (représentés sur la première ligne du modèle de McGuire) désignent les moyens par lesquels ses effets vont être atteints. Ce principal aspect de la théorie de McGuire a dirigée notre analyse.

Nous résumons notre devis de recherche comme une *recherche-action participative* (Reason, 1994a, 1994b) en se concentrant sur la résolution des problématiques soulevés par les participants. Dans le cas présent, le chercheur a tenté de sensibiliser les participants à l'importance de l'évaluation. Ce sont également ses derniers qui ont identifié les lacunes de chacune des campagnes ainsi que les améliorations à apporter aux actions futures. Les participants sont alors actifs dans la recherche et tendent vers une résolution des difficultés par eux-mêmes.

### 2. Validité du devis

Cette première partie de la recherche s'appuie sur l'analyse logique. Ce type d'évaluation stipule qu'il y a une vérification de la qualité théorique sur laquelle repose l'intervention (Wiess, 1997). De plus, le mode d'analyse semble être le plus approprié au contexte théorique que nous avons choisi. Avec le respect de ces critères, nous sommes confiants sur le respect de la *validité interne*.

Le choix d'une étude de cas multiples ne nous limite pas dans la *validité externe*. (Yin 1984, dans Contandriopoulos et al. 2005). La capacité à généraliser notre étude à d'autres campagnes de prévention ne semblerait pas compromise. Aussi, tel que stipulé par Contandriopoulos et al. (2000) l'analyse logique d'une intervention nous permettra d'apprécier la qualité du modèle théorique sur lequel s'est basée la construction de la campagne et d'en voir sa validité et sa capacité à généraliser. Les bases sur lesquelles repose les théories des modèles logiques nous permettront de déterminer les similitudes qui pourraient exister entre les diverses campagnes et d'en expliquer les effets d'implantation.

### **III. Choix Méthodologique : l'évaluation via la recherche-action participative**

En définition, la recherche-action dite participative se situe au centre de plusieurs mécanismes: celui de la recherche, du changement et du développement professionnel (Dolbec et Savoie-Zajc, 1994). C'est une dynamique de l'évaluation continue. La recherche-action se construit sur le postulat suivant : l'engagement des personnes à l'éclaircissement d'un problème et à la recherche de solutions pour le résoudre est préliminaire au changement des pratiques (Carr et Kemmis, 1986 ; Catelli, 1995 ; Stapp *et al.*, 1996 ; Stenhouse, 1975). L'approche est participative car elle s'effectue à l'intérieur du groupe de référence (pour nous les concepteurs des campagnes de prévention) (Catelli, 1995 ; Mayer, 1997). Ainsi la recherche-action participative peut être définie comme un type de recherche par lequel un groupe prend l'initiative d'examiner, conjointement et ce de manière critique, leur pratique, de participer à la résolution d'un problème et de trouver des moyens de s'améliorer.

L'implication dans une recherche-action repose aussi sur des postulats (Stringer, 1996) :

- L'envie des acteurs engagés à communiquer ;
- La présence d'aptitudes minimales de communication ;
- La volonté de partager le pouvoir ;
- L'envie de changer ;

- L'ouverture des personnes à interroger les valeurs du groupe ;
- La disponibilité de temps et d'énergie pour mettre en place une telle démarche.

Réunissant ces postulats, notre projet se rapproche d'une évaluation centrée sur l'utilisation qui identifie clairement un utilisateur privilégié, ici les organismes communautaires, avec lesquelles la perspective de recherche et les résultats ont été négociés (Patton, 1990). Il faut alors que les participants soient non seulement des partenaires dans la recherche, mais qu'ils ressentent une appartenance au projet.

Par ailleurs, l'implication dans une recherche-action participative demande le développement de certaines attitudes : on pense au sens critique, l'esprit de réflexion et au respect, qui se déploie dans une atmosphère de collaboration (Stringer, 1996). Une telle forme de recherche se situe au cœur même d'une approche de co-apprentissage (Stapp *et al.*, 1996) et permet un transfert de connaissances. C'est une démarche d'acquisition et de transfert. La modélisation s'inscrit dans une perspective sommative, en admettant de faire le point sur la démarche.

## **1. Milieu de recherche : un milieu exigeant**

Comme nous avons pu le voir plutôt, nous avons limité notre étude à la région de Montréal. Possédant le plus grand nombre de cas d'infection du SIDA, c'est le lieu privilégié pour la mise en place des campagnes préventives. Nous nous sommes associées à la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-Sida) qui met en place les principales campagnes préventives sur le territoire québécois.

Il existe des difficultés pour notre recherche reliées à ce milieu. Dans un premier temps, il y a un manque de soutien institutionnel et financier pour ce type de recherche. Il devient alors difficile d'effectuer du suivi aux campagnes et d'en évaluer leurs impacts à petit budget. Aussi, il est possible de remarquer qu'il y a un manque de données considérable dans le domaine de la prévention par les campagnes médiatiques dans le

système actuel. Il y a une insuffisance des instruments pouvant nous aider à la recherche. Il existe aussi des difficultés quant à l'accès aux publications et aux documents antérieurs de la Coalition.

Cet environnement peut aussi être considéré comme favorable pour notre étude. En effet, les personnes du milieu de la prévention sont motivées à participer à la démarches d'amélioration des pratiques. Ne possédant pas les fonds nécessaires à ce type d'études, il leur a été très avantageux d'y participer.

## **2. Identification des campagnes**

Une sélection des campagnes de prévention que l'on désire analyser a été faite grâce à la connaissance d'une personne ressource au sein de l'organisation COCQ-Sida. Ainsi, c'est notre expert (Contandriopoulos et *al.*, 2005) qui a fait le choix des cas qu'il désire faire évaluer. C'est lui qui a choisi des campagnes, qu'elles aient eu du succès ou non<sup>2</sup>.

Ces critères de sélection des campagnes ont été :

- Effectuée pour la région de Montréal.
- Campagne prévenant le VIH/Sida

Ainsi, les campagnes n'étant pas en lien au VIH/Sida, s'adressant à d'autres régions que Montréal (étant à plus grande échelle tel provinciale ou canadienne) ont été exclues. Tel que défini dans notre problématique, notre intérêt porte plus particulièrement sur la ville de Montréal. En *Annexe 6* il est possible de voir les représentations des trois (3) campagnes que l'on va évaluer :

---

<sup>2</sup> En absence d'études relatives aux résultats des campagnes, ce sont les perceptions de notre organisation avec laquelle nous collaborons qui sont privilégiés.

- ❖ La campagne « *Prêt pour l'action* » ou la campagne des « lits » est celle qui a été réalisée le plus récemment (2008) grâce à la collaboration de Marketel (une importante agence de communication à Montréal) et COCQ-Sida. Des cartes postales gratuites et des grandes affiches étaient distribuées et placardées dans des cafés, bars, saunas, raves et illustraient des chambres à coucher de personnes à pratiques sexuelles diverses (pratiques sadomasochistes, chambre d'étudiant...) avec un objet d'entrée différent, gérant les files d'attente, pour chacun de leurs partenaires sexuelles (un tourniquet, un tapis d'entrée de 'Bienvenue'...). C'est une campagne s'adressant principalement au HARSAH. Encore selon les dires de notre personne ressource, cette campagne à l'heure qu'il est, est très réussie.
- ❖ La deuxième campagne a été réalisée dans le cadre des *OutGames* de Montréal en 2006. Elle a gracieusement été créée par Marketel et avec la collaboration de l'organisme Séro-Zéro (qui s'appelle RÉZO depuis le 30 novembre 2009) et la COCQ-Sida. La distribution d'affiches représentant des préservatifs (*Annexe 6*) s'est faite durant les jeux des *OutGames* (événement sportif et culturel d'envergure internationale ciblant la communauté gay et lesbienne). La campagne, selon COCQ-Sida, a été d'un grand succès. Mettant en avant les diverses disciplines sportives des *OutGames*, les personnages représentés sur ces publicités évoquaient aussi des positions sexuelles. La communauté homosexuelle de Montréal, ainsi que ses visiteurs pour l'occasion, furent très réceptifs à ces images simples, cocasses et explicites. Selon les organisateurs, l'idée fit l'unanimité au sein de la population. Quant à savoir quel a été le réel impact de la campagne, aucune étude n'a été réalisée. La seule certitude est que l'image capta l'attention, mais aucune assurance n'existe sur la portée pratique de cette campagne.
- ❖ La dernière campagne choisie est appelée par les membres de COCQ-Sida : « Bûcher/Guillotine ». Réalisée en 2005, elle unit la compagnie Marketel et COCQ-Sida. Les publicités proposées sont celles du couple hétérosexuel sur le bûcher, du couple homosexuel sur le rebord d'une fenêtre cassée représentant une guillotine et d'un utilisateur de drogues injectables crucifié par deux seringues implantées de chaque côté de ses bras. Bien que les deux premières aient été publiées, la troisième a été gardée dans

les locaux de COCQ-Sida<sup>3</sup>. Selon notre personne ressource, ces trois affiches ont été mal perçues. Pour ce qui est des deux premières images, il semblerait qu'elles ne furent pas comprises par la population. En effet, il paraîtrait, selon l'organisme COCQ-Sida, que les québécois eurent de la difficulté à saisir la symbolique du bûcher; l'image les rendant plus interrogatifs et perplexes. Quant à la communauté homosexuelle, ils n'apprécièrent pas l'image véhiculée par les deux hommes sur le point de se faire couper la tête. Pour ce qui est de la troisième affiche, elle a suscité de nombreux débats. Dans un premier temps, l'image présentée aurait été trop choquante. D'autre part, selon certaines études il semblerait que chez les UDI, cette image pourrait provoquer la production de sécrétions par le cerveau, sécrétions qui stimuleraient un désir de s'injecter<sup>4</sup>. Il s'agit donc là d'une campagne qui fut qualifié plutôt d'échec.

---

<sup>3</sup> COCQ-Sida nous l'a tout de même gracieusement offerte pour notre étude.

<sup>4</sup> Élément discuté lors de notre première rencontre avec notre personne ressources.

Figure 3 : Campagnes étudiées.

Campagne	Date	Personnes ciblées	Moyen de collecte de donnée	Participants	Considéré comme réussite/échec
<b>Prêt pour l'action/Lits (Annexe 6)</b>	2008	Homosexuels	Entretiens individuels (2)  Document écrit	COCQ-Sida  Marketel	Réussite
<b>OutGames (Annexe 6)</b>	2006	Homosexuels	Entretiens individuels (3)	COCQ-Sida  Marketel  Séro-Zéro	Réussite
<b>Bucher/ Guillotine (Annexe 6)</b>	2005	Hétérosexuels Homosexuels UDI	Entretiens individuels (3)  Document écrit	COCQ-Sida  Marketel	Échec

### 3. Échantillonnage et recrutement des participants

Les participants à l'étude sont ceux qui ont collaboré à la mise en place des campagnes de prévention. Suite au choix des trois (3) campagnes de prévention sélectionnées avec l'aide du coordinateur de communication, celui-ci nous a indiqué les individus qui ont participé à leur élaboration. C'est *l'échantillon mixte* qui a été priorisé. Ce type de recrutement encourage la « *triangulation, flexibilité, répond à des intérêts et à des besoins multiples* » (Miles et Huberman, 2003 : 60). Nous avons ainsi priorisé deux formes d'échantillon : *l'échantillon intentionnel* et *l'échantillon boule-de-neige*. Nos participants ont été contactés par courrier électronique où nous y décrivions le but de notre étude et en leur demandant s'ils étaient intéressés à y participer.

Dans un premier temps, nous avons eu recours à *l'échantillon intentionnel*. Cette technique s'est fondée sur le choix raisonné du chercheur. Dans le cas présent c'est le coordinateur en communication de COCQ-Sida qui fait partie de notre échantillon. Il a été contacté au début de l'étude afin de connaître son intérêt et celui de l'organisation à la participation au projet de recherche. Celui-ci a participé à la mise en place de nombreuses campagnes de prévention contre le Sida au sein de son organisation et a collaboré avec de nombreuses personnes pour l'accomplissement du projet. C'est grâce à son implication dans la construction des campagnes et à ses responsabilités que le participant a été choisi.

En deuxième lieu, d'autres participants nous ont été indiqués par le coordinateur des communications au sein de l'organisation COCQ-Sida. Ceci est un échantillon non probabiliste. En effet, la technique de sélection ne s'est pas faite par le biais du hasard mais bien par choix raisonné (Contandriopoulos *et al.*, 2005). Ceci consiste en une sélection *boule-de-neige*. Par la suite, ces personnes nous ont indiqué d'autres participants potentiels. La sélection de nos participants et la collecte des données s'est faite jusqu'à saturation des données. C'est un échantillon qui s'est construit progressivement. Ne connaissant pas les individus qui ont participé à la création de campagne, c'est notre informateur de départ qui nous les a indiqués.

La sélection s'est faite sur les critères suivants :

- Implication dans la construction d'une campagne;
- Tout genre confondu;
- Tout âge confondu.

Le critère d'exclusion est : n'ayant pas participé à l'élaboration de la campagne de prévention. Dans cette étude, les personnes qui ont participé à l'élaboration de la campagne, et qui ont été choisies après la rencontre avec le coordinateur des communications, sont les individus qui pourront nous indiquer au mieux les objectifs et les moyens qui ont été utilisés pour les atteindre. Après la sélection de nos campagnes, nous avons identifié huit (8) personnes qui ont participé à leur élaboration.

#### **4. Identification des participants**

##### **a) Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-Sida)**

La COCQ-Sida regroupe depuis 1991 une trentaine d'organismes communautaires québécois impliqués dans la lutte contre le SIDA, incluant les organismes engagés dans les soins et services aux personnes atteintes. Son mandat consiste à encourager l'émergence et le soutien d'une action concentrée sur le territoire québécois (COCQ-Sida, consulté en ligne le 26 avril 2008). À partir de 1994, la Coalition agit comme acteur provincial, d'un interlocuteur privilégié du MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux) et d'un partenaire du CQCS (Centre québécois de coordination sur le sida).

COCQ-Sida a comme défi : regrouper les organismes communautaires centrés sur le sida, solidariser le public, rassembler les démarches, les actions et les ressources impliquées tout en respectant l'indépendance de chacun des groupes membres. (COCQ-Sida, 2008).

**b) Action Séro-Zéro (RÉZO)**

Action Séro-Zéro est un organisme communautaire montréalais, actif depuis 1991, qui propose aux hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes divers services gratuits de promotion de la santé et de prévention du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Fondée en 1990 comme sous-comité au sein du comité de prévention du C-SAM (Comité sida aide Montréal, premier regroupement prenant acte de la maladie en 1982), il se donne comme mandat la réduction à zéro de la transmission du virus au sein de la population homosexuelle. À la veille de la Journée mondiale de lutte contre le sida de 2009, l'Action Séro-Zéro a changé de nom pour RÉZO. Avec le changement de nom est venu un élargissement du mandat initial. L'organisme s'intéresse en plus aux différentes dimensions de la santé physique, mentale, affective et sociale des hommes gais et bisexuels. RÉZO est un des groupes membres de COCQ-Sida.

**c) Marketel**

Marketel est une importante agence de communication à Montréal, qui compte parmi ses « gros clients » : Rogers Communications, Air Canada, Banque du Canada, l'Oréal, Hydro-Québec, Services Canada et bien d'autres (cf. site officiel de Marketel). Elle a un peu plus de 120 employés à son service. La collaboration avec COCQ-Sida a débuté en 2003 avec une campagne télévisée représentant un couple dans un cercueil (cf. image tirée de la publicité télévisuelle sur le site officiel de COCQ-Sida). Depuis, la coalition et l'agence s'associent régulièrement pour la prévention du VIH/SIDA.

## 5. Outils de collecte de données

Comme nous avons pu le voir dans le modèle théorique, nous nous sommes basés sur les variables communicatives mis en relief par le modèle de persuasion de McGuire. Soit : la source, le message, le canal, le récepteur et la destination. Notre modélisation a été construite sur la base de ces variables.

De nombreux guides d'évaluation des programmes de prévention proposent l'élaboration de recherches évaluatives avec une large contribution du qualitatif. Cette méthodologie est la plus appropriée pour enrichir les indicateurs et les statistiques dans le suivi de l'évolution de la maladie (USAID, 1996). Cependant, l'objectif de notre recherche nous pousse à nous inscrire dans une toute autre approche : l'analyse qualitative des données. Dans cette perspective, une variété de techniques de cueillette des données sont possibles dans la recherche-active participative. Dans ce type de recherche, et plus particulièrement dans le cadre d'une recherche évaluative, la parole occupe une fonction importante. Nous avons décidé de nous arrêter sur : les entrevues individuelles, l'analyse de documentaire et la tenue d'un journal de bord.

La collecte de données a été réalisée pendant la période d'octobre 2008 à janvier 2009, en vue d'atteindre les objectifs visés par l'évaluation. Ainsi de nombreuses données ont été recueillies auprès des partenaires afin de documenter les dimensions et les indicateurs du modèle logique.

### a. Les entrevues individuelles.

Comme le suggèrent Poupart et ses collègues (1997), l'entrevue est

*« l'un des meilleurs moyens pour saisir le sens que les acteurs donnent à leurs conduites, la façon dont ils se représentent le monde et la façon dont ils vivent leur situation [...] » (Poupart et al., 1997, p.175).*

Dans notre recherche nous avons utilisé des entretiens semi-dirigés. Le rôle du chercheur dans le cas présent est de soutenir le participant dans la formulation de son discours, mais aussi de s'assurer que l'ensemble de thèmes soient abordés. Ceci permet

plus de souplesse dans l'exploitation des thèmes par les acteurs. Une grille d'entrevue (*Annexe 7*) a été présentée aux participants avant l'entrevue afin de les informer sur le déroulement des entrevues. Les thèmes soulevés reflétaient les éléments soulevés par le modèle de McGuire. Plusieurs personnes ont demandé à recevoir une copie de la grille lors de la confirmation des rendez-vous.

L'entrevue semi-dirigée diverge de l'entrevue non dirigée dans laquelle le chercheur n'oriente nullement l'échange. Le participant parle donc de son expérience comme il le souhaite. Elle diffère également de l'entrevue dirigée où une série de questions précises et préalablement établies sont posées. Dans cette condition, le participant n'a pas l'occasion de soulever d'autres thèmes qu'il juge essentiels. Le choix d'effectuer des entrevues semi-dirigées nous a permis d'aborder des thèmes clés découlant de la littérature et du cadre théorique, tout en acceptant une ouverture à d'autres thèmes que les participants souhaitaient aborder.

Les entrevues individuelles ont été réalisées auprès des participants à l'élaboration des campagnes choisies. Leur durée a été d'environ une heure (1h) dans un lieu qui leur convenait le mieux. Les entrevues se sont faites jusqu'à saturation des données. Il a été proposé aux participants de prendre contact avec le chercheur pour compléter certains aspects dont ils désiraient discuter, et afin d'obtenir une copie papier de l'entrevues (verbatim). Aussi, une entrevue avec l'informateur clé (le coordinateur de communication) a eu lieu. C'est lui, dans un premier temps qui nous a indiqué les personnes à interviewer; dans un second lieu, c'est celui qui possédait l'information la plus concrète sur l'élaboration de la campagne de prévention (le type d'impact, les ressources allouées...). Nous avons fait huit (8) entrevues, où trois (3) personnes ont été identifiées pour la campagne bûcher/guillotine, deux (2) pour la campagne des lits, une (3) pour les « *Outgames* ». Un exemplaire de la grille d'entrevue est présenté en *Annexe 7*.

La technique de l'entrevue semi-dirigée a permis aux acteurs de clarifier leurs préoccupations, leurs revendications, leurs problèmes face à l'élaboration et d'en tracer une image riche. Les entrevues individuelles sont particulièrement recommandées lorsque un groupe de discussion est difficile à composer (professionnels, personnes actives, etc.) ou lorsque des informations concurrentielles ou sensibles doivent être divulguées

(Poupart et *al.*, 1997). Les entrevues individuelles ont réuni le chercheur et les participants dans une rencontre face à face. Cette rencontre a favorisé les échanges sur le sujet traité et a permis de développer les thèmes soulevés par la problématique. En accédant directement aux connaissances et aux opinions du participant, il a été par la suite possible de les explorer plus en profondeur. L'entrevue individuelle permet alors de sonder les informations recueillies et de dégager les tendances lors de l'analyse.

#### **b. L'analyse documentaire.**

Le chercheur a fait une analyse des documents produits par l'organisation COCQ-Sida. Ces documents n'ont pas fait l'objet d'analyse exhaustive, mais servaient d'information pour guider la recherche. Ils nous ont permis de mieux comprendre les diverses dimensions entourant la construction des campagnes, en aidant à reconstituer les étapes de sa mise en place. Cela nous a permis aussi d'établir des explications plausibles quant à la cohérence de ce que l'on nous a dit lors des entrevues. Ce sont essentiellement des documents de source primaire, c'est-à-dire produits par des témoins directs de l'événement.

Dans un premier temps, les documents indispensables ont été les campagnes de prévention. Ces documents sont d'ordre public et accessible à tous via la presse et les médias de mass. Ce sont aussi des archives de l'ordre du privé tel que les comptes rendus des réunions (procès verbaux), ainsi qu'un résumé précisant ce que l'organisme communautaire attendait de l'agence publicitaire, en définissant la population cible et en émettant certaines idées quant au message que la campagne devrait suggérer. Aussi, nous avons eu accès au *Rapport Annuel 2007-2008* de COCQ-Sida, où était décrit l'une des campagnes (campagne « Prêt pour l'action»). Ces documents n'ont pas été analysés en profondeur, mais nous ont servis d'outils à une meilleure compréhension des démarches de prévention. Ils nous ont permis de vérifier les entrevues et construire notre modélisation de l'intervention, indispensable lors d'une évaluation. Nous avons ainsi pu connaître les dates officielles, les directives initiales, les défis présents en cours de la construction des campagnes,

### **c. Le journal de bord.**

La tenue d'un journal de bord a permis de prendre conscience de certains éléments, parfois ignorés par la recherche. Plus précisément, tel que décrit par Poland (1998), « *lire entre les lignes* », tout en admettant un jugement subjectif sur les attitudes des personnes interviewées (positionnement, gestuelle, regard, etc.). Nous avons ainsi pu entrevoir certains malaises lorsque nous parlions de la campagne qui a moins bien marché et détecter certains conflits existants entre deux des participants.

Le journal de bord a également servi à prendre en notes nos propres réflexions et questions que nous nous posions au cours de la recherche, lesquelles se sont avérées utiles lors de l'analyse et de l'interprétation des données. En ce sens, le journal de bord a été utilisé comme moyen pour consigner des renseignements et des réflexions liés à la collecte et à l'analyse de données, et non comme outil d'analyse ou d'interprétation. Il a plutôt servi d'aide-mémoire au cours de la recherche et a permis de noter et ensuite de retracer certains éléments comme le comportement ou l'expression faciale des participants.

### **d. Retours aux résultats**

Tel que stipulé par la recherche-action participative il est indispensable de faire un retour aux données recueillies afin de vérifier leur exactitude et obtenir un « *feed-back* » sur la perception des résultats par nos participants. Cette pratique a été adaptée, dans un premier temps, après la tenue de la première entrevue. Les données collectées lors de la première entrevue ont été retranscrites dans l'heure suivante. Lors de la deuxième entrevue nous sommes revenus sur les données. Dans tous les cas présents, nos deuxièmes informateurs nous ont confirmés les informations des premières entrevues. De plus, la retranscription de l'entrevue leur a été donnée afin de consolider les éléments abordés lors de l'entrevue. Ces éléments ont été classés selon des thèmes essentiels à l'analyse logique de notre évaluation.

Dans cet esprit, nous rejoignons la quatrième génération en évaluation (Guba et Lincoln, 1989). Cette approche d'évaluation doit se concentrer sur les acteurs, reconnaître la diversité des intérêts, tout en tenant compte du contexte changeant de leurs interventions. L'utilité des résultats d'une telle évaluation dépend de sa crédibilité aux yeux des divers participants, laquelle est grandement facilitée lorsqu'ils sont impliqués collectivement dans l'élaboration des données.

## 6. Recueil et analyse des données qualitatives

Le choix d'une étude qualitative est souvent issu du besoin d'explorer et de décrire le vécu des individus dans leur milieu de vie (Creswell, 1998). Notre question de recherche, nous à incité à opter pour une méthodologie qui donne la parole aux sujets participant à l'étude. Tel qu'énoncé par Miles & Huberman (2003, p. 28), les données qualitatives constituent souvent « *la meilleure stratégie de découverte et d'exploration d'un nouveau domaine* ». Cet enjeu d'appréciation de la nouveauté du domaine nous apparaît être le cas. En effet, l'évaluation des campagnes de prévention se fait en grande partie à travers les effets (réussite ou non d'une campagne) et non sur la première phase de la planification tel que nous le suggérons.

Une approche qualitative a alors été privilégiée à l'intérieur de ce projet dans le but d'entrer directement en contact avec les participants. Miles et Huberman (2003) argumentent que le modèle idéal de cueillette et d'analyse des données est celui qui, dès le début, entremêle ces deux opérations. L'approche de Miles et Huberman (2003) nous a servi comme guide méthodologique pour l'analyse des données dans leur logique de réduction de l'information (Contandriopoulos *et al.*, 2005)

Le contenu des entretiens a été partiellement retranscrit pour plutôt utiliser la schématisation des données que leur transcription totale.

*« L'homme est peu armé pour traiter de grandes quantités d'information ; la tendance cognitive est de réduire une information complexe en Gestalts sélectives et simplifiées ou en configuration faciles à comprendre. »* (Miles & Huberman, 2003, p.30).

La collecte de données et l'analyse se sont fait de manière simultanément. Il a alors été possible de vérifier la conformité des réponses avec nos informateurs.

L'analyse des données s'est faite grâce à la *codification*. Après les entretiens, le chercheur procédait à la retranscription partielle des entrevues. Il y a eu un premier regroupement de réponses condensées qui s'est fait en fonction des thèmes de la grille d'entrevue. D'autre part, chacune des entrevues a été réduite à une fiche individuelle, identifiant l'implication de la personne interrogée dans la planification de la campagne de prévention et mettant en relief les informations pertinente à la recherche.

L'enregistrement des entrevues s'est fait sur appareil électronique. Ce qui nous a permis de faire une retranscription partielle des entrevues. Cette transcription sélective nous a permis de faire un choix sur l'information jugée pertinente pour la codification. Il nous a alors été possible de revoir, de manière rapide, avec les participants leur interventions pour obtenir une confirmation des données.

Une modélisation a été effectuée à partir des sources documentaires données par l'organisation. Grâce à cela, il a été possible de voir, de manière, éclairée les objectifs envisagées par la campagne de prévention ainsi que les moyens mis en place pour y parvenir. Nous avons alors pu regrouper nos informations par thèmes.

## **7. Critère de validité**

Nous cherchons dans cette section à voir les procédures mis en avant dans la méthodologie qualitative à établir la solidité de nos résultats de recherche. Nous tentons alors de mettre en avant la qualité de la stratégie de recherche, soit via la validité interne, la validité externe et la fiabilité.

### **a) Validité interne**

Les méthodes qualitatives tentent particulièrement de garantir la validité interne des résultats de recherche. On cherche alors d'assurer « *la justesse et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation* » (Laperrière, 1997, p. 404). Il est possible de vérifier la crédibilité de nos résultats par plusieurs méthodes : la triangulation. Cette idée repose sur un principe de confirmation des résultats par la combinaison de différentes méthodes visant à vérifier l'exactitude des observations obtenus lors de la recherche (Cambel & Fiske cités par Flick, 1992). Ceci est une procédure examinant les hypothèses et testant l'authentification des résultats entre eux.

### **b) Validité externe**

La validité externe résulte de la solidité des concepts et des théories mobilisées pour interpréter les observations faites. Ceci constitue une des bases de notre *principe d'explication*. Nous définissons nos résultats par leur approche basée sur la théorie. Dans un contexte de cohérence entre les théories et les résultats empiriques obtenus grâce aux propositions théoriques, nous obtenons la généralisation des résultats de notre recherche (Contandriopoulos *et al.*, 2005). Le potentiel de généralisation de l'étude est atteint grâce au *principe de robustesse*. Nous sommes ainsi en mesure de garantir la capacité de la recherche à fournir des résultats généralisables à d'autres populations, à d'autres contextes, à d'autres périodes (Contandriopoulos *et al.*, 2005).

### **c) Fiabilité**

On parlera de rigueur et on évoquera principalement les paramètres de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et de fiabilité (Laperrière 1997). Nous avons tenu à nous assurer que les résultats n'étaient pas reliés à des circonstances accidentelles et que d'autres chercheurs, utilisant les mêmes moyens auprès des cas comparables,

parviendraient aux mêmes conclusions. Ainsi, grâce au journal de bord tenu lors des entrevues, il a été possible de garantir la *fiabilité* de nos données et d'écartier certaines données contradictoires. Ainsi, ceux-ci constituent des moyens pour assurer la justesse des résultats de recherche. Il faut ajouter que la fiabilité a été augmentée grâce au retour sur les résultats avec les participants. Ces derniers ont pu vérifier l'*authenticité* (Lincon, 1990) et la cohérence de nos données recueillies.

## **B. L'ANALYSE LOGIQUE**

Après avoir effectué la construction de notre modèle, nous nous sommes penchés sur son analyse critique. Voici la méthodologie que nous avons suivie.

### **I. Modèle théorique et hypothèses**

Comme nous avons pu le voir plus tôt, il est difficile d'effectuer une analyse des effets d'une campagne dû aux nombreux facteurs externes qui peuvent influencer les comportements des individus. Pour cette raison, nous avons décidé de nous pencher sur l'enchaînement des éléments qui lient les activités aux résultats finaux et sur l'identification des étapes à parcourir dans le but d'atteindre ces résultats. Aussi comme le précise Carol Weiss (1998), l'évaluation ne répond pas uniquement à la question de savoir si l'intervention a marché ou non, mais aussi qu'est-ce qui a fait en sorte que cela marche? Et quoi faire pour l'améliorer? Nous avons ainsi conduit, dans un deuxième temps une *analyse logique* de ce programme de prévention du VIH/Sida. Il s'agissait d'effectuer une analyse critique des liens entre les ressources, les activités et les résultats souhaités, pour délibérer par la suite si le programme était bien conceptualisé (Rossi et al., 2004). Nous avons été alors en mesure de voir la cohérence des différentes composantes qui constituent une campagne de prévention.

Cette approche aide à définir plus clairement les objectifs de tout projet et à déterminer les liens de causalité entre les divers éléments de la chaîne des événements qui conduisent à l'obtention de résultats : apports de ressources (acteurs, budget), modalités

de mise en œuvre, produits, les objectifs de production. Le cadre logique nous a conduits à la définition des facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la réalisation de la campagne. Nous avons ainsi identifié des éléments importants dans la chaîne de planification du programme en mettant l'emphase tant sur les aspects positifs que les risques qui ont aidé ou entravé à la réussite des objectifs de la campagne.

Au niveau du stade de la planification du programme de prévention ainsi que de son suivi, c'est un moyen utile pour faire une observation de l'avancement des activités et de prendre des mesures correctives, si cela est nécessaire.

## **II. Outil de collecte de données.**

Dans le cadre de l'analyse du modèle nous nous attardons sur l'examen de la validité des moyens et des hypothèses (d'intervention et causale). Pour cela, nous avons procédé à *l'analyse documentaire* en effectuant la recension critique des écrits. Ce sont principalement des études qui ont permis de vérifier la validité des liens de causalité du modèle.

Nous avons multiplié la collecte de nombreuses sources documentaire jusqu'à saturation de l'information. Ainsi nous avons pu dégager les éléments indispensables à la compréhension des divers phénomènes pouvant influencer la réussite des la campagne. Aussi cette technique nous a permis de comprendre l'utilisation de certains procédés propres au contexte du VIH à Montréal.

## **III. Critère de validité**

### **1. Validité interne**

La *triangulation* est un « *moyen d'évaluation qui vise à assurer la rigueur scientifique à la recherche qualitative par l'utilisation de multiples moyens pour accroître le caractère scientifique d'une recherche.* » (Anger, 1992, p.76) C'est celle qui augmente la rigueur méthodologique (Poupart *et al*, 1997). Elle se présente sous trois

formes : (a) interdisciplinarité, grâce à une diversité de disciplines et de domaine autre que la pratique du chercheur, administration de la santé; (b) la diversité des sources, par les entretiens individuels, l'analyse documentaire et le journal de bord; et (c) la variété de participants, qui sont représentés par leur divers rôles au sein de la planification de la campagne. La triangulation sous-tend l'utilisation de différents outils et le regroupement de différentes sources de données pour étudier un programme unique (Laperrière, 1997; Guba et Lincoln, 1989; Patton, 2002).

## **2. Validité externe**

Pour ce qui est de la validité externe il est difficile de se prononcer actuellement quant à ses capacités de généralisation des résultats à d'autres campagnes de prévention. Néanmoins, la capacité à généraliser notre étude à d'autres campagnes de prévention ne semblerait pas compromise. Contandriopoulos et al. (2000) énoncent bien que l'analyse logique d'une intervention permet d'examiner la qualité du modèle théorique sur lequel s'est basée la construction de la campagne et de percevoir sa validité et sa prédisposition à généraliser.

## **IV. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

L'étude comporte peu de problèmes éthiques. En effet, les participants à l'étude sont des personnes consentantes. Au début de l'étude, un formulaire de consentement a été distribué à nos participants (*Annexe 8*). Celui-ci a eu pour but de leur donner une idée générale de la nature de la recherche et de ce qu'entraîne leur participation. Nos sujets n'ont pas été rémunérés car cette évaluation fait partie d'une rétrospective sur l'élaboration des campagnes valable dans le cadre d'une auto-évaluation organisationnelle.

Cependant, pour House (1990), le consentement des participants n'est pas suffisant. Est-ce que les participants collaborent parce qu'ils le veulent ou bien parce que leur supérieur les a contraint? C'est une des principales difficultés auxquelles fait face le

chercheur. En effet, le fait que l'informateur clé se trouve être un des principaux directeurs de l'organisation, auraient pu pousser certains participants à la contrainte. Le chercheur a invité, alors ses participants à retirer des parties des informations données s'ils les jugent nuisibles à leur vie personnelle ou/et professionnelle. Tel que stipulé plus tôt, une copie du verbatim, qui a été utilisé à l'analyse, a été envoyée aux participants.

De plus, il a probablement été difficile pour certains répondants de faire face à la défaite d'une des campagnes de prévention, dans le cas où l'une des campagnes reçues se trouve être un échec dans la prévention. Il aurait pu y avoir une tendance à ne pas faire part des vraies choses et à réduire les capacités d'auto-réflexion de la recherche. Cette possibilité a été réduite grâce à la tenue de plusieurs entrevues et au soutien de documents externes.

Finalement, afin de garantir les droits des participants durant l'étude, des clauses de confidentialité ont été présentés aux participants.

## CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS

Dans le continuum de l'évaluation des campagnes de prévention contre le VIH/Sida, nous avons procédé à l'analyse logique. Ainsi, le modèle logique, reconstitué à la lecture des documents disponibles, témoigne de la plausibilité théorique des liens entre les ressources, les activités et les résultats du programme planifié. L'analyse logique testera donc à la fois le bien-fondé du modèle logique théorique et la validité du modèle logique opérationnel. (Brousselle *et al.*, Janvier 2009)

### A. MODÉLISATION DES CAMPAGNES

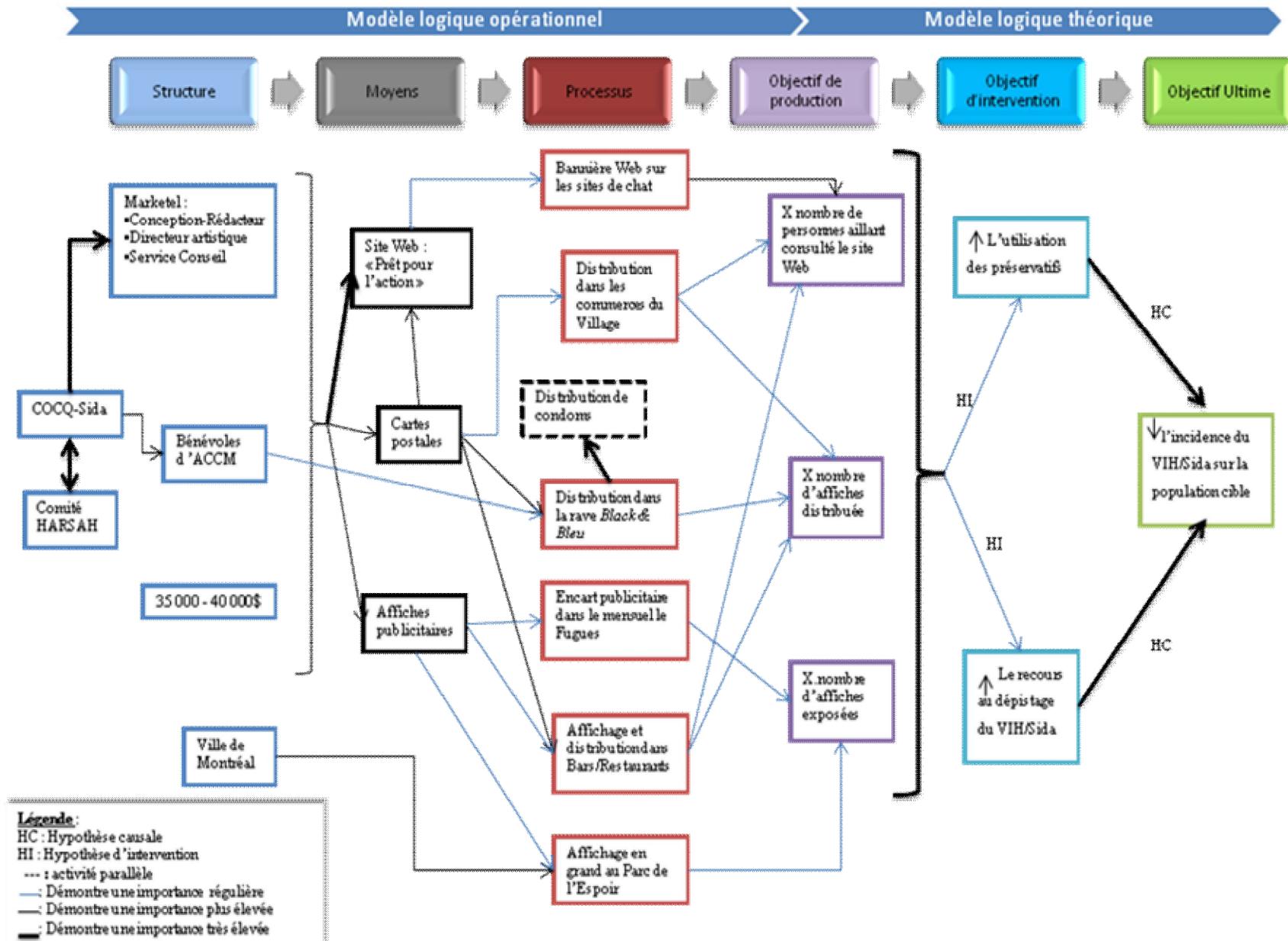
#### I. Campagne de prévention « Prêt pour l'action »

La campagne *Prêt pour l'action* fait partie de cinq (5) campagnes présentées par Marketel. Trois d'entre elle ont été acceptées par la COCQ-Sida et le comité HARSAH dont celle que nous analyserons dans ce chapitre. L'image de la campagne est présentée en *Annexe*.

La campagne a été réalisée en 2007 et a été lancée pour la première fois durant le *Black & Blue 2007* (rave orientée vers la communauté homosexuelle de Montréal). Un stand a été placé aux portes de sortie de l'événement et des condoms y étaient distribués ainsi que des cartes postales de la campagne. Selon les organisateurs, cette campagne a eu un grand succès. Entre sa première parution et mai 2008, moment où l'affiche a été retirée (soit 8 mois après) on a pu entrevoir ces visuels un peu partout dans le Village (« quartier gai » de Montréal) : cafés, bars, saunas... Cette campagne a été accompagnée d'un site Internet où l'on y fournit de l'information sur le dépistage et offre des outils d'informations sur le VIH/Sida.

Les visuels de la campagne *Prêt pour l'action*, qui se déclinent en quatre (4) versions, représentent différentes chambres à coucher où se trouve un objet pour gérer les files d'attente. Ici, les files d'attente représentent les divers partenaires sexuels de la population cible.

Figure 4: Modèle campagne « Prêt pour l'action »



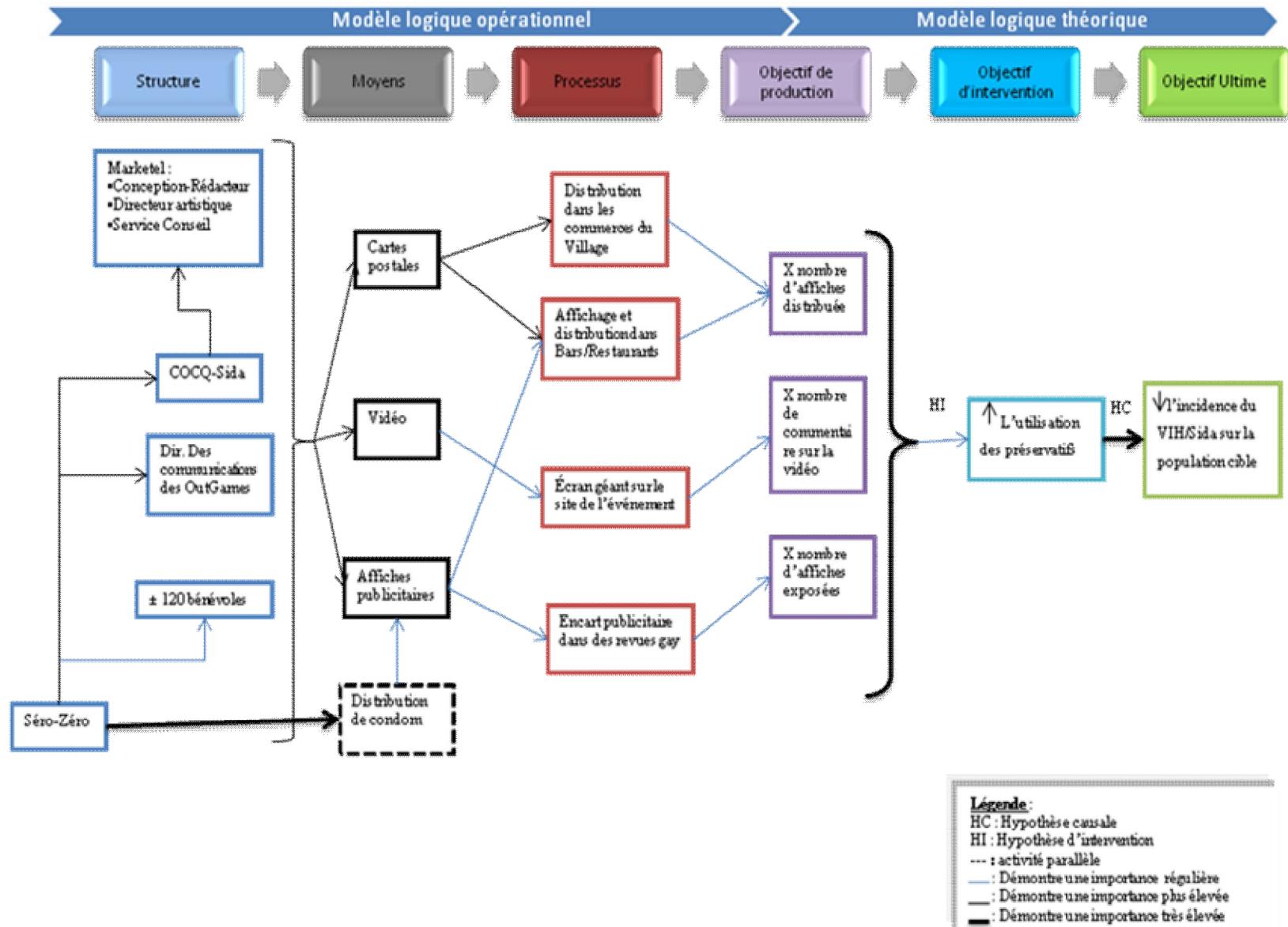
## II. Campagne de prévention « OutGames »

La campagne des *OutGames* a été présentée lors des jeux des OutGames se déroulant à Montréal durant l'été 2006. Cette campagne a été visible durant 6 semaines. Aucune évaluation formelle n'a été faite ni avant, ni après la tenue de la campagne. Néanmoins, selon les organisateurs, les échos de la part de la population cible faisait état d'un bilan positif.

Les OutGames constituent un événement sportif et culturel d'envergure internationale ciblant la communauté gaie et lesbienne. Les premières OutGames ont eu lieu à Montréal. Les jeux ont été organisés afin de promouvoir les droits des gais et lesbiennes à travers le monde et ont eu lieu du 26 juillet au 5 août (Letarte, 15 juillet 2006). Selon Séro-Zéro, ce sont quelque 500 000 personnes qui étaient attendues. Mais la réalité a été toute autre. La ville a reçu 12 000 participants sportifs et 250 000 touristes venus hors de la ville de Montréal (Girard, 6 Août 2006).

Pour comprendre la raison de la campagne, il est important de savoir qu'aucune déclaration relative au statut sérologique au VIH ou à l'hépatite C n'est exigée lors de l'entrée au Canada. Les demandeurs de visa temporaire n'ont pas à dévoiler leur statut sur le formulaire. En ce sens, aucune statistique relative aux statuts sérologiques des arrivants n'a pu être établie et aucun contrôle ne peut être fait quant à de nouvelles contaminations survenues durant l'événement.

Figure 5. Modèle campagne « OutGames »

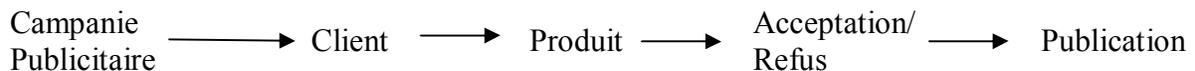


### III. Campagne de prévention « Bucher/Guillotine »

La campagne qui suit est très complexe du point de vue de l'analyse. En effet, son étude semble identique aux campagnes précédentes mais comporte des points très intéressants pour une évaluation logique. En effet dans un premier temps, elle ne suit pas le raisonnement :



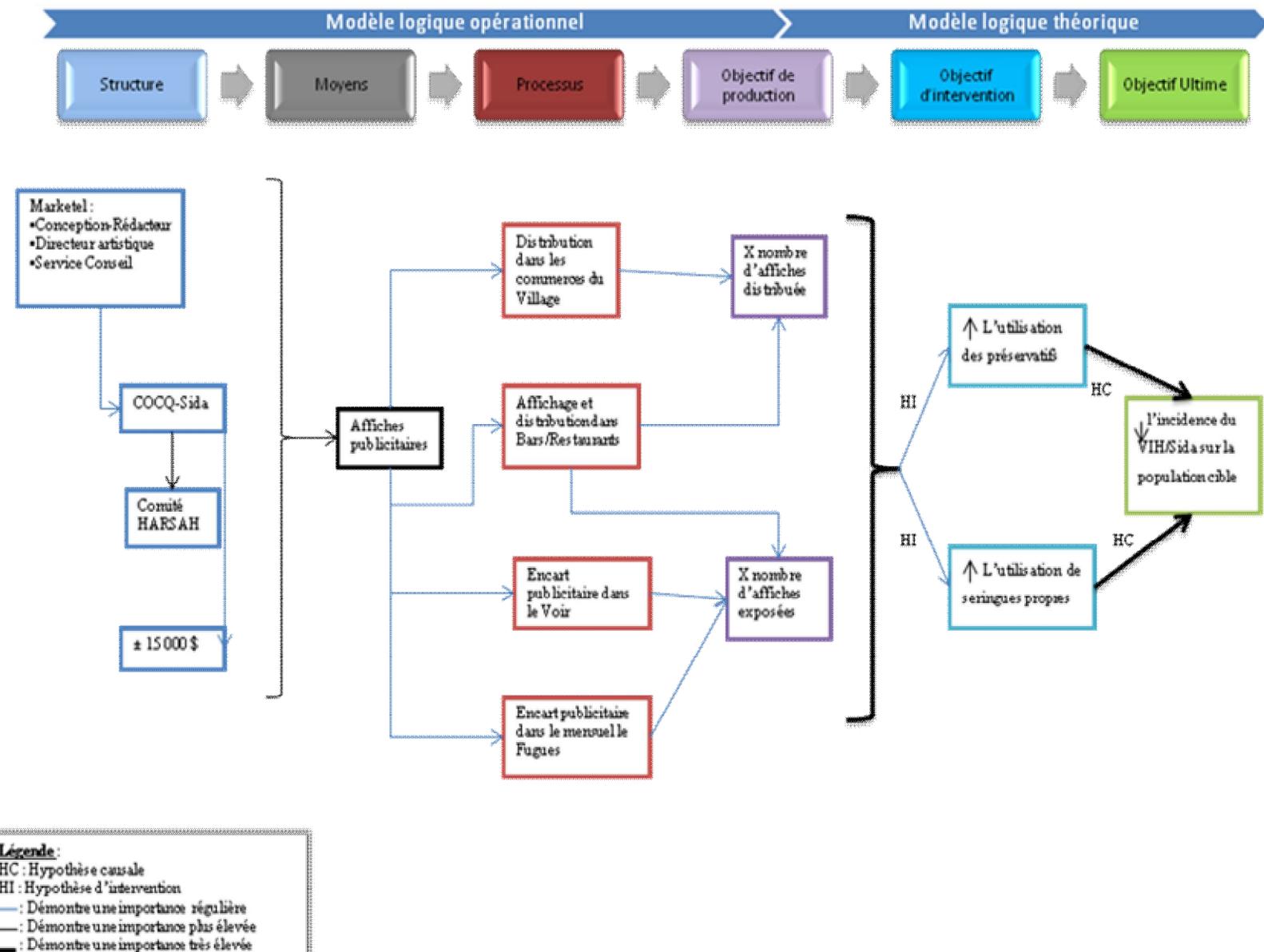
**Mais :**



C'est en effet, la compagnie Marketel qui est venue vers la COCQ-Sida en leur proposant des maquettes pour une campagne de prévention future. Pour des raisons personnelles, Marketel a voulu s'impliquer dans la cause de la prévention du SIDA et a décidé de s'associer avec COCQ-Sida en leur garantissant des campagnes à moindre coût possible.

Parmi les trois campagnes proposées, seulement deux ont été publiées. La troisième, s'adressant aux UDI (Utilisateurs de drogues injectables) a été transférée en affiche en un seul exemplaire et est visible dans les bureaux de la COCQ-Sida. Nous avons estimé que son utilisation à notre évaluation était importante et l'avons gardé pour la recherche.

Figure 6: Modèle campagne « Bucher/Challotfine »



## **B. MODÈLE LOGIQUE THÉORIQUE**

Tel que vu précédemment, il est extrêmement difficile de vérifier la validité des actions entreprises dans le cadre de la prévention du VIH dans une perspective de changement de comportement ou encore d'influence sur les habitudes. Cependant, à cette étape nous tenterons tout de même de voir si les hypothèses déduites du modèle sont bien construites. Nous verrons ainsi si les éléments choisis sont la meilleure manière d'atteindre l'objectif voulu par la campagne de prévention.

Le modèle théorique, déduit dans cette étude, est une représentation du cheminement causal présumé entre les objectifs de production et les objectifs ultimes (cf. modélisation). C'est un modèle analytique qui illustre des liens causaux entre diverses variables. On distingue à ce stade l'hypothèse causale et l'hypothèse d'intervention sur lesquelles portera le modèle logique. L'hypothèse d'intervention établit le lien postulé entre l'intervention et les facteurs de risques. Quant à l'hypothèse causale, elle établit le lien présumé entre les causes visées et le problème observé. Afin de tester le bien-fondé du modèle théorique nous avons eu recours à la recension critique d'écrits. Nous avons ainsi procédé à l'analyse de la littérature concernant les sujets abordés. (Brousselle *et al.*, Janvier 2009).

Dû aux hypothèses similaires de chacun des modèles, nous avons pris la décision de fusionner l'analyse des trois campagnes.

### **I. Validité de l'hypothèse d'intervention**

La difficile relation entre une action et ses effets (Lacasse et Thoenig., 1996) constitue un des problèmes que nous a posé cette évaluation. Nous sommes principalement en manque de moyens de mesure afin d'établir l'efficacité d'une campagne (Wildavsky, 1996). En effet, il est impossible d'établir le nombre total de contaminations évitées grâce à une campagne de prévention du VIH/Sida. Il est primordial de préciser, qu'en absence de mesure de l'efficacité des moyens utilisés, nous

risquons de multiplier des actions sans effet, ce qui se traduirait par du gaspillage de temps et d'argent (Wildavsky, 1996).

Dans le cadre de cette étude, les hypothèses d'intervention soutiennent que le nombre d'affiches distribuées et exposées, le nombre de personnes consultant le site Internet, le nombre de personnes ayant vu le visuel vidéo aurait un impact sur l'augmentation de l'utilisation du préservatif et sur l'augmentation du recours au dépistage. Nous tentons ici de vérifier ces hypothèses.

## **1. Les affiches**

L'affichage médiatique via les pancartes ou des cartes postales constitue une importante part dans la technique du marketing social. C'est le support publicitaire « coup de cœur » qui est utilisé dans un nombre importants d'événements, de festivités et d'entreprises. Un affichage accroche le regard et marque instantanément les esprits. L'affiche est destinée à être vue dans la rue et les lieux publics. À la différence des autres médias, où il faut se déplacer, allumer la télévision ou la radio, ou encore chercher l'information sur un site Web ou ouvrir le journal, l'introduction à l'affiche se déroule durant un moment accidentel (Blanc *et al.*, 2009). Pour être vue, l'affiche doit attirer l'attention, puis distraire. C'est pourquoi, l'objectif de l'affiche est une perception rapide du message ainsi que la compréhension rapide par le public. On a considéré qu'elle doit être simple dans son dessin et son texte, ses couleurs doivent être vives et captivantes (Bernheim, 2004). La représentation graphique et le texte de l'affiche doivent marquer la mémoire des gens. L'expression d'une affiche doit être canalisée, épurée, simplifiée, pour qu'elle devienne claire et limpide (Bernheim, 2004). L'affichage est un outil de communication efficace et économique.

Le modèle de McGuire suggère que la réponse à une communication persuasive suit une série d'étapes : exposition, attention, compréhension, reflet, rétention du message, etc. (*Annexe 3*). Lors de l'affichage, le comportement, selon ce modèle, se met en place après cinq (5) étapes et demande à ce stade à ce que le message soit renforcé dans la mémoire dans la mémoire et soit par la suite appliqué dans les actions futures. En

mettant en place un système organisé de réactions aux stimuli présentés par l'affiche, il nous serait possible, en théorie, de prédire l'effet de la communication sur l'individu. Pour ce faire, il est nécessaire de savoir comment l'individu le perçoit.

Parallèlement, en découpant les étapes présentées par McGuire, nous nous confrontons aussi aux facteurs externes (sociaux, politiques, environnementaux, économiques...) pouvant avoir une influence sur les relations entre les partenaires, et ce quant bien même la communication est estimée crédible. Dans cette perspective, la mesure de l'impact des affiches sur les ventes des condoms ou l'utilisation des services de dépistage du VIH devient problématique.

Aussi, un important problème se présente dans le cas de l'affichage : le calcul du nombre de tirages effectués. Dans le cas où plus il existe de tirages que de personnes qui la verront, nous sommes confrontés à une importante dépense monétaire, qui se traduirait par du gaspillage. Dans le contexte de cette recherche, nous n'avons pas eu de données quant au nombre d'affiches distribuées, affichées ou encore publiées. En prenant conscience de la précarité dans laquelle se développent les campagnes de prévention contre VIH, il est important d'effectuer un suivi assidu au niveau de l'affichage.

## **2. Le site Internet**

À l'heure actuelle, à l'aide de différents moteurs de recherche sur Internet (Google, Yahoo), nous avons accès à une centaine de pages Web traitant de la prévention au niveau de la santé et tout particulièrement celles qui traitent de la prévention du VIH. En se penchant plus près, nous pouvons observer le volet principalement informatif des portails, qui participent au transfert des connaissances générales sur le VIH/sida.

Néanmoins, depuis quelques années, on assiste à l'apparition de nouveaux systèmes de prévention via Internet. En effet, on ne se limite plus à transmettre uniquement de l'information générale. On effectue désormais des interventions en ligne auprès des HARSAH dans les lieux de rencontre en ligne ou *chats* qu'ils fréquentent (Rhodes, 2004). Selon les premières expériences, il semble que les HARSAH se

positionnent plutôt favorablement à ce type d'intervention. D'après une étude effectuée par McFarlane *et al.* (2000) auprès des HARSAH fréquentant Internet, il apparaît que :

- 61% des répondants seraient intéressés à visiter un site de prévention du VIH/Sida;
- 45% accepteraient d'ouvrir un courriel portant sur la prévention du VIH/Sida;
- 30% iraient sur un *chat* alloué à la prévention où un intervenant est disponible pour des conversations en direct.

La bannière publicitaire, tel que présentée par la campagne « Prêt pour l'action », est un outil de marketing très populaire au sein de la communauté des webmasters. Elle a pour but d'orienter le visiteur Web vers la recherche de nouvelles informations. Abordable et facile à concevoir, les bannières sont le meilleur moyen de présenter son produit en ligne. À cette étape, la curiosité des « surfer » sur le Web joue un rôle intéressant sur le pourcentage de visites des sites Internet. À la demande du BPIQ (20 juin 2001), une série de tests ont été effectués afin de connaître l'efficacité de six campagnes de bandeaux publicitaires sur Internet. Pour percevoir l'efficacité de ces campagnes, une invitation à un sondage, par pop-up<sup>5</sup>, a été lancée. C'est sur la base des sondages que les résultats ont été dévoilés :

- 47% des personnes sondées se souvenaient d'avoir vu la publicité qui leur a été présentée;
- 58 % des répondants qui se souvenaient d'une publicité étaient en mesure d'identifier correctement l'annonceur;
- 52% de ceux qui ont vu une publicité en ont une appréciation positive.

Ces résultats démontrent parfaitement l'efficacité publicitaire sur Internet. Avec pour base le modèle de persuasion de McGuire, nous sommes alors en mesure d'atteindre huit (8) des douze étapes du modèle, et tout particulièrement la huitième qui stipule qu'une recherche d'information approfondi va être fait. Si auparavant, l'efficacité d'une prévention était basée sur le nombre de visites du site Internet, on remarque aujourd'hui

---

<sup>5</sup> Désigne une fenêtre de publicité qui s'ouvre lors de la navigation sur un site Web.

que bien avant la visite du site, la prévention a déjà atteint son objectif initial : faire connaître et apprécier l'information et passer un message (BPIQ, 20 juin 2001).

### **3. La vidéo**

Selon une enquête de Statistique Canada (2004), les canadiens regarderaient vingt (20) heures de télévision par semaine ou plus. La télévision est regardée pour se distraire, et généralement en famille. Presque tous les foyers (90%) disposent d'au moins une télévision, et la plupart de plusieurs postes (Canadian Media Research Inc., Septembre 2006).

Grâce à la courte diffusion du film publicitaire (généralement entre 20 et 30 secondes), nous pouvons ainsi garantir qu'un nombre élevé de personnes la verront. Par ailleurs, le public touché par la campagne sera très large. On peut avoir touché une mère au foyer, dans le cas où la publicité a été diffusée durant la pause d'une série télévisée, ou encore un homme et son fils, qui regardaient un match de hockey ensemble.

Étant un outil de diffusion d'information important dans les foyers canadiens, la publicité ne doit pas se positionner comme un élément intrusif et ne doit pas rompre le contact avec le récepteur (Georget, 2005). Avec un public varié, la campagne doit être générale tout en ciblant des éléments indispensables à la sensibilisation de l'audience. Un film publicitaire doit impressionner le téléspectateur et ne pas disparaître dans l'immédiat (Arabyan, 2000). Notamment grâce à l'alliance entre le son, l'image et le texte, le récepteur peut passer par une gamme d'émotions (tristesse, joie, pleures...) ce qui pourra marquer sa mémoire. Il ne faut pas oublier que, si la publicité était sans influence, elle aurait disparu depuis fort longtemps. On vise principalement à atteindre la septième (7) étape qui garantit emmagasinage de l'information dans la mémoire.

## **II. Validité de l'hypothèse causale**

Tel que vu précédemment, du aux difficultés engendrées par la mesure de comportement et les facteurs externes à une prévention susceptible d'avoir un impact sur la prise de risque, il nous est difficile d'effectuer des analyses approfondies sur les indicateurs influençant l'incidence du VIH.

Dès le départ de cette analyse nous aimerions souligner l'importance des actions diversifiées et conjointes aux systèmes politiques, économiques, communautaires... Ainsi, la prévention basée uniquement sur l'utilisation du marketing social est une action non suffisante et peut avoir très peu de conséquences sur l'incidence du VIH/Sida. Dans un tel cas, l'hypothèse causale serait moins bien assurée.

Cependant, présentement nous avons trois (3) hypothèses causales. La première soutient que l'incidence du VIH/Sida sera réduite grâce à la l'augmentation de l'utilisation des préservatifs. La deuxième est que l'augmentation du recours au dépistage a aussi une diminution de l'incidence sur la population cible. En combinant les hypothèses, on a plus d'impact sur la diminution du Sida au sein de la population ciblée.

### **1. Incidence du port du condom sur le VIH/Sida**

Avec l'avancée des nouvelles technologies de prévention (microbicides, vaccins...), le préservatif reste une stratégie durable pour la prévention du VIH/Sida (ONUSIDA, 2008). Dans la majorité des communautés urbaines, et dans de nombreuses régions rurales, les hommes et les femmes peuvent se procurer des préservatifs de bonne qualité, gratuitement ou à des prix bas. De plus, afin d'attirer le plus de clientèle possible, une variété d'épaisseur, de texture, de lubrification, de couleurs et d'additifs de goût sont proposés au public. Cependant, les obstacles à leur utilisation ne sont pas négligeables.

Le condom constitue actuellement la méthode la plus reconnue et encouragée à travers le monde pour la prévention du VIH/Sida et des ITSS. Son utilisation de manière constante, correcte et à grande échelle constitue probablement la stratégie de prévention du VIH la plus envisageable à l'heure actuelle. Son utilisation, pour se protéger contre le

VIH/Sida, est largement répandue dans de nombreuses sociétés occidentales (ONUSIDA, 2008). Selon le Rapport sur la santé de Statistique Canada, en 2005, la part des 15 à 19 ans ayant eu recours à un condom lors des dernières relations était en nette amélioration en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, et en Alberta, et en forte décroissance au Québec, et ce en comparaison avec le reste du Canada (Statistique Canada, 2008).

Les condoms pour hommes et les condoms pour femmes offrent une double protection contre le VIH et certaines ITSS (ONUSIDA, 2008). Les condoms pour femmes sont la seule méthode disponible pouvant être uniquement mis en place par les femmes pour se protéger contre le VIH. Le préservatif offre à la femme un certain pouvoir sur sa santé. Ce dispositif permet de garder le contrôle sur sa santé dans le cas où l'homme refuse de mettre un préservatif. Elle n'a pas à attendre l'initiative venant de l'homme (ONUSIDA, 2008).

Cependant, l'étendue réelle de la protection associée aux préservatifs contre le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles reste inconnue (Weller *et al.*, 2007). Des recherches constantes sur les condoms pour hommes ont évalué que l'efficacité des condoms en latex pour hommes dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH se chiffrait à 85 % (NIAID, 2001). Les données les plus concluantes sur l'efficacité des préservatifs proviennent d'études effectuées auprès des couples sérodiscordants<sup>6</sup>. Ces études montrent que, dans les cas où le préservatif est utilisé de manière régulière, le taux d'infection au VIH chez les partenaires non infectés est très faible. Leur efficacité peut s'élever à 95 % lorsqu'ils sont utilisés régulièrement et correctement. (Weller *et al.*, 2007).

Bien que son efficacité soit prouvée, le point le plus important de chacune de ces études est le concept de régularité et de négociation au sein du couple. En effet, il se peut, toutefois, que les condoms ne soient pas aussi bien acceptés dans certaines populations ou dans certains types de relations (par exemple les couples « stables »). De plus, afin de prévenir le VIH et les ITSS, les condoms doivent être utilisés régulièrement, il faut donc en avoir une réserve à portée de la main.

---

<sup>6</sup> Se dit lorsqu'un des partenaires dans un couple est infecté par le VIH et que l'autre ne l'est pas.

## **2. Incidence du Dépistage sur le VIH/Sida**

Le dépistage fait partie d'une prévention que l'on pourrait appeler secondaire. On s'intéresse aux personnes déjà atteintes. Il s'agit de dépister ceux qui sont malades sans le savoir ou sans vouloir le savoir et ainsi les traiter assez tôt pour arrêter ou renverser l'évolution de la pathologie.

Au Canada, environ 27 % des personnes vivant avec le VIH/sida ne savaient pas qu'elles étaient infectées (ASPC, 2008). En 2008, au Québec, 9.8% des personnes testées au VIH ont obtenu un résultat positif contre 9.3% au Canada (ASPC, 2009). Il faut savoir que plus le diagnostic du VIH est établi tôt, meilleures sont les chances d'améliorer ou de maintenir la santé. En effet, lorsqu'elles ont reçu le diagnostic du VIH, les personnes ont plus tendance à prendre les mesures adéquates pour protéger leurs partenaires des risques de contraction du VIH que lorsqu'elles ne le savaient pas (CATIE, 2009). Aussi, l'infection primaire est associée à une charge virale élevée dans le sang et dans le sperme, ce qui accroît les risques de transmission du VIH (CATIE, 2009). En effet, durant les premiers stades de l'infection, le virus se multiplie rapidement et est présent en grande quantité dans le corps de l'être humain infecté. La transmission du virus aux autres est favorisée.

Le dépistage tente de responsabiliser les individus dans leur rôle des infections futures. Ce principe d'action met en valeur la prise en charge des gens sur leur santé et s'adresse à toutes les catégories de citoyens (jeunes, adultes, personnes âgées, immigrants, UDI, hétérosexuels, homosexuels...).

## **3. Incidence de l'utilisation de seringues neuves sur le VIH/Sida**

Les Programmes d'Échange de Seringues (PÉS) permettent aux personnes utilisatrices de drogue par injection (UDI) de se procurer du matériel stérile d'injection et ainsi d'éviter les infections transmissibles sexuellement et par le sang comme le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC). Bien qu'il a été prouvé que la disponibilité de matériel stérile d'injection n'influence nullement le nombre de personnes qui consomment des

drogues par injection dans la communauté, (Kerr *et al.*, 2006) cette pratique peut poser de nombreux problèmes au niveau de l'acceptation de la société.

Les programmes d'échange de seringues (PES) constituent le cadre type dans lequel l'approche de la réduction des méfaits se concrétise. Aujourd'hui, il existe au Québec un peu plus de 913 centres d'accès au matériel d'injection (MSSS, 2009b) et ils font bien plus que de la distribution du matériel stérile d'injection. Les PES donnent accès à trois types de services aux personnes toxicomanes (Strathdee *et al.*, 2001):

- l'échange et l'obtention de seringues neuves;
- le soutien psychosocial (counseling);
- l'accompagnement vers des services de dépistage et la vaccination.

En plus d'obtenir des seringues neuves, les individus sont en relation avec des intervenants qui font de la référence, de l'écoute et même de l'accompagnement. Après la prise de contact avec le centre, on remarque une tendance dans réduction de la transmission du virus VIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang, entre utilisateurs de drogue par injection (UDI). L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2004) reconnaît que le programme d'échange de seringues constitue un programme de prévention essentiel pour réduire la transmission du VIH parmi les UDI. À l'échelle mondiale, une analyse de données sur la prévalence du VIH (Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002) a démontré que les villes ayant introduit des PES présentaient des déclinés annuels moyens de 18,6 % de la séroprévalence du VIH.

Les données québécoises montrent que près des trois quarts (3/4) des personnes utilisatrices de drogues injectables qui se procurent du matériel d'injection dans les centres d'accès au matériel d'injection ne partagent pas leurs seringues (Parent *et al.*, 2008). Cependant, on estime qu'à Montréal, seulement 6,6 % des injections se font avec du matériel stérile (Leclerc *et al.*, 2006).

### C. MODÈLE LOGIQUE OPÉRATIONNEL

Nous présentons ici l'analyse logique opérationnelle de chacune des campagnes. Nous tentons de mettre en relief les modèles de l'interaction décrivant les différents mécanismes mis en œuvre pour réaliser le dialogue entre les moyens utilisés et les objectifs à atteindre.

Nous nous attardons dans cette partie du chapitre à l'analyse du lien entre les ressources, les activités et les objectifs de production. L'organisation schématique de la programmation de la campagne d'évaluation exprime clairement les liens entre les processus lors de l'élaboration des campagnes de préventions choisies. On tente ainsi de mettre en relief les inputs et les activités qui donneraient suite aux effets désirés. Durant cette étape nous verrons si les moyens (les ressources et les activités) sont complets en fonction des objectifs de production. Aussi il est pertinent de voir si ces moyens sont appropriés.

Deux critères permettent de nous aider à évaluer la validité du modèle logique opérationnel : la validité de contenu, soit voir si les ressources et les activités sont globales et complètes compte tenue des objectifs de production; et la validité pragmatique, soit voir si les moyens utilisés sont appropriés (Brousselle *et al.*, Janvier 2009).

On vérifie ici la validité du modèle opérationnel. En ce sens, nous nous concentrons sur la validité des liens entre les ressources, l'activité et les objectifs de production. Afin d'en faire une analyse des plus clair, nous allons nous baser sur le modèle input/output, communication/persuasion de McGuire.

#### I. Campagnes de prévention : « Prêt pour l'action »

Pour l'analyse de cette campagne nous avons eu recours à deux (2) entrevues individuelles soutenues par des sources documentaires : le Rapport Annuel 2007-2008 de COCQ-Sida et deux documents fournis à Marketel pour compléter la construction de la campagne, un est le portrait d'un HARSAH et l'autre est les résultats de l'étude menée

par Gilles Lambert, Joseph Cox *et al.* (2005) sur les tests de dépistage et les relations à risque (ARGUS) ainsi qu'un résumé des demandes des COCQ-Sida pour la campagne.

## 1. La Source

Il faut souligner tout d'abord l'implication du comité HARSAH dans le processus décisionnel. Au sein de la COCQ-Sida, l'élaboration d'une campagne de prévention s'adressant aux HARSAH doit passer par le comité HARSAH. Ses membres définissent la population spécifiquement visée par la campagne, le sujet, la manière dont il doit être abordé, le moment du lancement ainsi que les outils devant l'accompagner afin de garantir son efficacité. À cette étape naît la description du profit de la clientèle à rejoindre, le sujet du message, l'angle d'approche (humour, peur...). Le coordinateur des communications résume ces besoins et transmet l'information à l'équipe de création de Marketel.

Nous attirons l'attention sur les divers partenariats et alliances entre les acteurs de la campagne de marketing. La présence de plusieurs acteurs peut avoir deux conséquences sur les relations futures entre les acteurs : soit la sauvegarde des liens, soit l'accumulation de liens négatifs entre les partenaires. Dans le cas présent, les partenariats positifs ont favorisé l'atteinte d'objectif du projet de prévention. La bonne entente entre les acteurs a permis de sauvegarder les liens professionnels et garantir la continuité à des fins de partenariats futurs. Marketel parle même de relation de symbiose en attribuant des responsabilités communes lors de la création et le déploiement de l'idée<sup>7</sup>.

Les valeurs d'équité et de confiance sont primordiales. C'est une relation basée sur un apport égal aux divers partis. En effet, dans le cas où les ressources d'un organisme sont peu nombreuses, le développement de plusieurs alliances et partenariats semble être la solution parfaite afin de réaliser des projets. Dans le cas présent, l'agence publicitaire apporte ses connaissances en matière de marketing et, au final, produit ce que l'organisme n'aurait pas pu produire seul, tel que le déploiement de professionnel en photographie par exemple. Il est de plus en plus difficile de répondre « seul » aux nouvelles exigences de la *dynamique de la demande*. À l'inverse, grâce à ce type de

---

<sup>7</sup> Propos recueillis lors d'une entrevue.

projets, l'agence publicitaire s'ouvre sur un marché qui lui est différent : le social et communautaire.

Selon Manuel Castells (1998) le mélange que forment les réseaux constitue un axe fondamental dans les relations de partenariat pouvant mener à la production d'un objet commun. Dans le cas présent, un troisième acteur s'est joint au déploiement de la campagne. En effet, la Ville de Montréal a pris part à l'étape de l'affichage en offrant un espace appartenant à la Ville. Cet acte montre un soutien à la proposition de la campagne.

Aussi, l'organisme AIDS Community Care of Montreal (ACCM) a participé à la distribution des condoms lors de l'événement Black&Blue. Cet organisme fait partie de la coalition des organismes communautaires Québécois de lutte contre le Sida (COCQ-sida). Dans le cas de relations fructueuses, tel qu'il est possible de voir ici, les responsabilités, face à la réussite de la campagne, sont égales et il devient dangereux de se lancer les blâmes en cas d'échec. En cas d'échec, la faute sera attribuée à tous les participants.

La source et la crédibilité de cette dernière tiennent une place primordiale. Dans le cas présent, COCQ-Sida a fait appel aux services de la presse gaie et plus particulièrement le *Fugues*. C'est le média gai le plus important au Québec. Bien qu'il ne soit pas le seul (journal Être, plusieurs émissions de radio à Montréal et Québec, l'émission de télévision Sortie gaie...), il se tire à 48 500 exemplaires par mois et est distribués gratuitement dans plus de 500 établissements fréquentés par les gais et les lesbiennes, et ce partout au Québec, ainsi que dans certains établissements à Ottawa et à Toronto (cafés, restos, bars, discos, boutiques, saunas, centres de santé, organismes communautaires, hôtels, cinémas, cliniques médicales, clubs vidéo, librairies, banques, épicerie, dépanneurs) (Le Fugues, consulté en ligne le 1 avril 2009). Il existe une véritable relation de confiance entre les lecteurs et les revues. C'est le lieu privilégié pour la diffusion des campagnes de sensibilisation ainsi que d'information sur les diverses avancées en matière de recherche sur la maladie et les traitements existants et études concernant le VIH/Sida. Le magazine constitue ainsi une source crédible d'information auprès de la population gaie.

Dans le milieu du Sida, la Coalition des organismes communautaires québécois du Sida (COCQ-Sida) s'impose en tant que leader. La COCQ-Sida jouit d'un important

statut de référence auprès des organismes de lutte contre le Sida ainsi qu'auprès de la population gaie. Leur compétence dans le rôle de fournisseur de ressource de soutien, grâce notamment à leur service juridique unique, et source d'information n'est pas à remettre en question. Ce sont des experts dans le domaine. L'influence est significativement plus élevée lorsque la source est experte dans le domaine. De nombreuses études ont prouvé que plus la source est digne de confiance ou prestigieuse, plus il nous est facile d'en accepter les conclusions (cf. Hovland et Weiss). En effet, il a été vu que lors de la présentation d'informations similaires par des sources différentes (les premières expertes, les secondes jugées uniquement compétentes), les réactions du public ont été différentes. On a ainsi enregistré un net changement d'attitudes à l'intérieur du groupe exposé à l'information des experts, à l'inverse du deuxième groupe (Hovland et Weiss, 1951). Dans le contexte de la théorie de McGuire, nous atteindrions, dans le cas présent, dix (10) des douze étapes du modèle de persuasion, soit « agir en accord avec la décision ».

Le comité HARSAH (Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) regroupe des hommes œuvrant dans le milieu du VIH. Le comité se réunit principalement afin de collaborer à la réalisation de la campagne de prévention. Ainsi, La campagne *Prêt pour l'action* est l'aboutissement du travail de réflexion effectué par le comité HARSAH de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida. Le comité définit la population spécifiquement visée, le sujet de la campagne, la manière dont il doit être abordé, quand la campagne doit être lancée et quels outils et actions devront être mis en place pour s'assurer une efficacité accrue du concept et une meilleure intégration au travail d'intervention. Travaillant dans le milieu, le comité met en reflet une stratégie de « par et pour » les personnes vivants avec le VIH/Sida (SCS, 2009). Leur expertise devient ainsi primordiale.

Finalement, les données présentées par la COCQ-Sida sont soutenues par l'enquête ARGUS (Lambert *et al.*, 2006) qui s'est renseigné auprès de 2 000 hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) sur leur sexualité, les lieux fréquentés pour chercher des partenaires sexuels, leurs habitudes de consommation d'alcool et de drogues et leur utilisation des services de santé, notamment pour le dépistage du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang

(ITSS). Ces données ont été recueillies grâce à la collaboration de la Direction de Santé Publique de Montréal, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Agence de santé publique du Canada. Ces acteurs sont les principales sources d'information dans le domaine de la santé au Québec ainsi qu'au Canada.

Bien que la crédibilité de l'image et la source soient des facteurs dominants, le coût-avantage des économies de temps et d'espace, est tout aussi importante. De ce fait, même si le modèle de McGuire n'extrapole pas ouvertement l'importance du budget, il nous semble primordial de souligner cette variable. Étant donné le budget serré dans lequel doivent opérer la majorité des campagnes de prévention en matière de santé, le placement du message est crucial. La clé du placement efficace du média est la recherche sur le destinataire et la compréhension des principes d'efficacité du coût-avantage.

Ainsi, le montant utilisé pour la création des campagnes a pu être respecté dans la perspective de la sauvegarde du budget initial et ce, grâce notamment au partenariat privilégié entre nos deux principaux acteurs (COCQ-Sida et Marketel). En effet, Marketel permet d'offrir des prix accessibles à la Coalition afin que le projet reste dans la fourchette des prix et ce avec une variété de services (cartes postales, affiches). Tel que vu précédemment, la relation privilégiée entre ces deux partenaires fait en sorte que Marketel a su réduire ses prix à l'occasion de tels projets.

## **2. Le Message**

Avec une prévalence du message de peur durant les années 90, d'importantes tensions ont été créées autour de la problématique du VIH/Sida, donnant naissance à une nouvelle forme de discrimination allant à l'encontre des personnes séropositives : la *sérophobie*. L'humour peut alors être considéré comme un outil dans une perspective d'apaisement de pressions créées par les campagnes (Goffman, 1974). En effet, en se basant sur des études dans le domaine de la santé, l'humour est souvent utilisé dans les thérapies afin de réduire le stress physique et mental (Haig, 1988).

L'utilisation de l'humour par la représentation de la ligne d'attente joue un rôle important dans la diffusion du message. Le discours artistique a un impact intéressant sur

le choc interprétatif du récepteur. L'humour n'a pas de réelles limites. Il a la possibilité de s'insérer dans de nombreux contextes sociaux. La recherche suggère que, en plus des processus cognitifs, l'émotion soit une composante importante dans la prise de décision (Loewenstein, 2007).

Il est possible aussi de constater une dégradation de l'image du préservatif et ce comme objet indispensable aux relations sexuelles (Beltzer *et al.*, Novembre 2005). On fait face à la banalisation de l'utilisation du préservatif. En changeant l'image du préservatif, les nouvelles campagnes tentent d'intégrer cet objet dans les habitudes sexuelles des individus. De ce fait, une nouvelle dimension de la prévention a été adoptée, se positionnant en décalage avec les tendances généralement utilisées dans la promotion de la santé.

Avec un message spécialement adapté à l'environnement et aux réalités de chaque catégorie de destinataire, le message a plus de chances d'être intercepté par les populations les plus à risque. Tout en s'accompagnant du besoin de briser certains tabous, le message doit être accepté et compris par les populations. Les divers facteurs susceptibles d'affecter le récepteur du message, tels que le sexe, la socialisation (Mangleburg *et al.* 1997), la classe sociale, le niveau d'instruction, la fréquence d'exposition à la télévision, l'appartenance ethnique et religieuse (Nohre *et al.*, 1999) ont un impact sur l'efficacité du message. Hovland et Weiss (1951) nous confirment que la source et sa crédibilité, tel qu'il a été possible de voir plus haut, tiennent une place importante dans l'efficacité des campagnes dans le but de changer les attitudes des récepteurs. Cependant, le message et sa construction ont eux aussi une place dans le changement d'attitude et de comportement. L'efficacité des messages est essentiellement inférée à partir de variables telles que l'attention, la compréhension, l'apprentissage, la mémorisation... (McGuire, 1976)

Le slogan est présent dans une grande majorité des publicités. Le slogan représente la base de la publicité et il explique le sens du message véhiculé par la campagne médiatique. C'est donc le slogan qui conduit à l'adhésion du public cible. Il doit être court, facile à retenir et faire réagir le lecteur (Greven, 1982). Le slogan doit engendrer une image dans la tête des lecteurs. Il doit inciter à une association de mots,

d'idées qui contribueront à la mémorisation du produit présenté. Il faut aussi que le slogan reprenne le langage utilisé par le public que l'on cible (Greven, 1982).

### 3. Le Canal

Avec un budget restreint, dans lequel doivent œuvrer la majorité des campagnes de santé, l'importance du lieu de placement est cruciale. La clé pour un placement efficace est la recherche sur la population que l'on tente d'atteindre et l'attention que l'on porte sur l'aspect coût-efficacité.

La distribution de préservatifs lors du *Black & Blue* ne faisait pas partie de la campagne de prévention mais constitue une initiative spécialement préparée pour l'événement et était accompagnée par la distribution des cartes postales. Il est à noter que selon les organisateurs présents sur le lieu du lancement, la distribution de ces sachets de condom et de cartes postale a eu un énorme succès. Un groupe serait arrivé vers le kiosque en demandant : « *on est 10, je peux avoir un sac de condoms?* »<sup>8</sup> Il est à noter que beaucoup de programmes de prévention basent leurs initiatives sur des méthodes interactives d'éducation de la population telle que la distribution de condoms, théâtre, jeu de rôle (c.f. Stanton et al. ). Tel que le souligne ONUSIDA (2008), il est indispensable que les préservatifs soient facilement accessibles, et ce partout dans le monde. Qu'ils soient gratuits ou à prix réduit, les préservatifs doivent être promus d'une manière qui tendent à dépasser les contraintes sociales et personnelles à leur utilisation.

Bien qu'Internet soit devenu l'outil le plus accessible pour trouver de nouvelles informations, c'est aussi un canal qui peut paraître controversé, et ce, plus précisément dans le cadre de la prévention. L'enquête Net gay Baromètre (Léobon, Frigault, Velter, Décembre 2006), menée en France, a confirmé le rôle de l'Internet dans la vie sociale de la population gai. Plus de 70 % des répondants à cette enquête, menée sur des sites gais, affirment fréquenter régulièrement des sites de rencontres. Internet serait devenu le premier lieu de sociabilité des lesbiennes, des gais, des bisexuels et des transsexuels, devant les bars, clubs et saunas.

---

<sup>8</sup> Propos recueillis lors d'une entrevue.

Le fait de se trouver un partenaire sexuel sur Internet peut comporter certains risques comme celui de faire confiance à son interlocuteur de façon prématurée. Le lien de confiance s'établit beaucoup plus rapidement et les usagers de ce genre de site ont une fausse impression de connaître leur nouveau partenaire. Il est possible de dire que le phénomène du *barebacking*<sup>9</sup> peut faire l'illustration du visage changé de l'infection au VIH (Girard *et al.*, 2007). Lors d'interventions sur les sites Internet de rencontre gaie, nous remarquons sur les profils des usagers que de plus en plus d'entre eux mentionnent être à la recherche de partenaires sexuels qui acceptent de «jouer bareback ». Donc, qui acceptent d'avoir des rapports anaux non protégés avec un partenaire de statut sérologique positif ou de statut sérologique inconnu. En ce sens, la présence de bannières Web sur les sites inciterait les gens à consulter le site original et ainsi être plus ouvert à l'information qui s'y trouve.

De plus, il peut exister des dérapages quant à l'information réellement reçue. Avec la stratégie de communication par Internet, des données et des informations contradictoires peuvent être acheminées aux nouveaux utilisateurs de sites d'information. Il est indispensable que les sites utilisés soient crédibles. Dans le cas présent, l'information vient d'un organisme à réputation nationale.

L'accessibilité aux affiches joue un rôle très important dans la prévention. Leur visibilité peut jouer directement sur l'objectif premier de la campagne de marketing. La distribution des affiches doit se faire dans des espaces stratégiques, soit dans les endroits les plus fréquentés par la communauté gaie. Le principal avantage de l'affichage, c'est qu'il permet de « s'adresser » à la population cible dans leurs lieux de fréquentation. Aujourd'hui l'affichage se fait un peu partout : toilettes, bus... Il est donc possible d'estimer les endroits où la campagne sera davantage vue par la clientèle. La visibilité est un point important dans la réussite d'une campagne. Ce point s'applique également aux dépliants et cartes postales.

L'affichage au Parc de l'Espoir fait partie d'un emplacement stratégique dans la visibilité de la campagne. À l'origine le Parc de l'Espoir a été créé dans le but de préserver la mémoire des personnes décédées du Sida. Il sert aussi à attirer l'attention sur

---

<sup>9</sup> Le *barebacking* consiste à avoir des relations sexuelles avec pénétrations anales ou vaginales non protégées par un préservatif, et avec un partenaire qui ne se protège pas non plus.

les ravages de la maladie. Le Parc est rapidement devenu un lieu de rassemblement pour la communauté gaie de Montréal. L'utilisation de ce lieu est un moyen stratégique de prévention. La visibilité est encore plus élevée du à la grandeur de l'affiche qui s'y trouvait ainsi qu'à l'achalandage de la population cible autour de ce lieu.

#### 4. Le Récepteur

La campagne *Prêt pour l'action* s'adresse spécifiquement aux hommes gais sexuellement actifs. Le lieu stratégique du placement du média encadre la population visée : ce sont des hommes gais fréquentant des bars, saunas et grands événements (rave), des hommes utilisant Internet pour faire des rencontres.

Il faut remarquer que c'est la seule des trois campagnes, présentées dans cette étude, qui a été construite sur la base de résultats d'une étude officielle : ARGUS. Cette étude a reflété les réalités des personnes visées par la campagne. L'environnement dans lequel s'opère la prévention est un aspect non négligeable. Les conditions sociales, économiques et culturelles auxquelles sont confrontées les personnes influent directement sur la façon de recevoir et de s'approprier les messages de prévention. Elles déterminent aussi un accès plus ou moins facile à la prise en charge. Le développement de la précarité sociale d'une part, la complexité et les contraintes de la prévention, du dépistage et des traitements d'autre part, ont accru ce phénomène. Cette situation rend certaines personnes plus vulnérables. Tous les efforts de prévention et de prise en charge intègrent cette dimension essentielle.

L'environnement joue un rôle primordial dans la prévention du VIH/Sida. Les réalités auxquels sont confrontés les divers groupes sociaux rendent la tâche de prévention encore plus complexe : hétérosexuels, jeunes, immigrants, HARSAH, travailleuse du sexe, utilisateurs de drogue injectable... Chacun de ces groupes possède son propre vécu. De plus au sein de chacun des ces groupes, il est possible d'identifier d'autres sous-groupes ayant des réalités différentes, tel les hommes habitant en milieu urbain ou rural, des consommateurs de drogues, les personnes fréquentant les saunas... Les connaissances approfondies sur l'environnement du public cible pourront aider à adopter une stratégie de marketing la plus adaptée en fonction des habitudes de santé.

Grâce à ces compréhensions, il est possible de prévoir le comportement du récepteur et transmettre des messages qui les intéresseront dans les canaux et véhicules qui les joindront (Slater et Flora, 1991).

Le lieu de diffusion est lié à l'environnement dans lequel baignent certains nombre d'hommes gais. Selon une étude menée par AIDS Committee of Toronto (2004) la consommation d'alcool et de drogues est un phénomène encouragé par la culture festive de la communauté gaie. Certains expliquent ces habitudes par leur mode de vie pouvant être souvent propice à la consommation et à la fête tel que le célibat, la solitude, la liberté et les difficultés sur les plans affectif, sexuel et familial. L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) (2006) affirme aussi que l'usage d'alcool et de drogues, s'avère être un facteur directement relié aux pratiques sexuelles à risques chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Selon le plan d'action ministériel en toxicomanie 2006-2011 (2006), on note une détérioration de la santé et du bien-être des personnes présentant un problème de toxicomanie. Or, selon les statistiques, la consommation de drogues semble être répandue chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Par l'altération du jugement, la prise de psychotropes apporte des modifications sur les perceptions et le comportement et joue un rôle influant sur la prise de risque chez les HARSAH.

## **5. Destination**

Les effets pensés par la campagne sont à but préventif : prévenir la contamination de ses partenaires sexuels par le VIH/Sida. On ne tente pas d'éradiquer totalement la prise de risque mais promouvoir la santé. En général, trois (3) effets peuvent être identifiés dans la présence de campagne de prévention : informer, persuader ou mobiliser le public (Rogers et Storey, 1987). En examinant de plus près la littérature, nous avons pu déduire que, dans une grande partie des cas de campagnes de prévention, les buts sont très mal spécifiés et les mesures de succès différent d'une campagne à une autre. Sans une spécification du but clair, il serait impossible de conclure ce qui serait une mesure appropriée et valide d'une réussite d'une campagne. Dans le cas présent, le but ultime est

d'influencer les comportements à risque ainsi qu'insister sur le dépistage des populations visées.

Grace aux campagnes on tente de sensibiliser les populations ciblées à prendre des mesures afin de diminuer leur risque d'infection. L'effet recherché est situé à long terme. L'utilisation du condom et le dépistage s'orientent vers un changement de comportement et de pratique lors des relations.

## **II. Campagne de prévention des « OutGames »**

Pour cette campagne nous avons eu recours à trois (3) entrevues individuelles auprès des trois partenaires : COCQ-Sida, Action Séro-Zéro (actuellement Rézo) et Marketel. Malheureusement, nous n'avons pas pu avoir accès à des sources documentaires car elles étaient introuvables dans les archives de COCQ-SIDA, ni chez Marketel, ni chez Action Séro-Zéro.

### **1. La Source**

En retraçant le cheminement de la construction de la campagne, l'initiative semble être venue de la part de l'organisme Séro-Zéro qui voulait préparer une stratégie de prévention du VIH/Sida durant l'événement des OutGames. En plus de déployer des activités sur le terrain, telles les distributions d'information et de préservatifs, ils ont senti la nécessité de se munir d'une stratégie de marketing social. Avec la gestion du budget par COCQ-Sida pour ce type de prévention, Séro-Zéro s'est associé avec ces derniers. Quant à COCQ-Sida, qui étaient déjà en collaboration avec Marketel, ils ont décidé encore une fois de s'associer avec cette agence de publicité et produire une nouvelle campagne.

En parallèle, certaines cliniques médicales telles que la clinique du Quartier Latin et le CSSS Jeanne-Mance se sont munies d'un plan de match pour la prévention durant la tenue de l'événement. Des initiatives parallèles pouvant aider à l'accomplissement de la campagne sont favorables tant qu'elles ne vont pas à l'encontre de l'objectif final.

Le partenariat, comme on a pu le voir dans l'analyse de la campagne précédente, a une valeur importante dans le processus de construction d'une campagne de prévention. Mais, tel que vu précédemment, peut aussi avoir des conséquences néfastes pour les liens entre les acteurs. C'est le cas dans cette campagne. À plusieurs reprises on a pu déceler des conflits d'intérêt entre nos participants. Bien que ce ne soit que nos impressions, recueillies dans notre journal de bord, nous avons pu confirmer nos sentiments « d'atmosphère de tension » auprès de nos personnes interviewées. Nous soulignons ici que du à cette environnement compétitif nous avons peur d'avoir certaines données erronées. Mais nous avons réussi à vérifier nos données grâce à la tenue de plusieurs entrevues.

C'est une atmosphère de rivalité qui semble avoir régné sur ce partenariat. En analysant en profondeur cet aspect et en se référant à l'organigramme de COCQ-Sida, il est possible de dégager l'impression de dépendance que certaines organisations montréalaises peuvent ressentir à l'égard de cette coalition. L'aspect financier tient une place importante dans ce « conflit ». La répartition du revenu peut changer fondamentalement une relation. Les relations égalitaires peuvent être remises en question. Il faut ainsi éviter qu'un des partenaires se sente dépendant de l'autre. Dans le cas présent, c'est la structure organisationnelle qui pose problème dans les relations. Il est indispensable de tendre vers une action commune négociée (Bautier et al., 1995) qui met l'emphase sur une relation de collaboration. Aussi, la compétition prend place lorsque chacun des partenaires désire atteindre ses propres objectifs par l'intermédiaire de la campagne. Le positionnement de chacun des partenaires en regard de leur propre logique peut également mettre en péril la campagne de santé.

Tel que vu précédemment les nombreux acteurs de cette campagne de prévention sont des ressources estimables dans le milieu du VIH/Sida au Québec et à Montréal. L'action Séro-Zéro, s'appelant désormais Zéro, privilégie une approche globale de la santé — qui va au-delà de la prévention du VIH/sida ou de la promotion du sécurisexe — et fournit aux hommes séronégatifs ou séropositifs des connaissances et des moyens pour développer et maintenir un plus grand contrôle sur leur santé physique, mentale, affective et sociale. Par leur généralisation de la population cible, l'Action Séro Zéro s'est crée une

place de choix dans le milieu montréalais des hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Les partenaires ne sont pas uniquement essentiels au travail accompli en faveur de la cohésion sociale. Des partenariats transparents, réfléchis et bien soutenus favorisent la durabilité des relations. Lorsque nous évoquons la transparence, nous ne pensons pas à la divulgation des procédures internes au sein de l'organisme, mais à l'honnêteté au sein de la relation de partenariat. Une mauvaise gestion des informations dans le cercle de l'alliance peut mettre en péril la crédibilité des organisations auprès du public. Avec l'éclosion des nouvelles technologies d'information, tel Internet, la circulation des informations se fait d'une manière encore plus rapide. Le manque de contrôle de l'information peut nuire à la crédibilité des acteurs. C'est pourquoi il faut faire plus qu'attention aux procédures de négociations.

Bien que la campagne soit assez récente, aucune des personnes interrogées n'a été en mesure de nous informer sur le coût engendré par la création d'une telle campagne. Aussi, aucun document n'a pu être trouvé au sein des organismes afin d'en faire un estimé.

Un certain nombre de constats auraient pu être dégagés. Dans un premier temps, cette information aurait été délibérément cachée au chercheur. Dans le deuxième temps, il y existe un mauvais suivi des campagnes. Ignorant la vérité sur cet aspect, nous préférons ne pas nous prononcer sur ces diagnostics.

## **2. Le Message**

Le message véhiculé tend vers l'humour. Cette méthode de prévention est de plus en plus choisie dans la pratique de la prévention des maladies sexuellement transmissibles. On ne pense plus au message dominant de la mort ou du danger. Le message capte l'attention du récepteur et a tendance à rester en mémoire plus facilement. L'humour aide à briser la glace de certains discours pouvant entraîner la résistance de certains interlocuteurs.

Nous tenons à souligner un point abordé dans l'analyse précédente. Les messages de peur privilégiés pendant les 10 premières années de l'existence du virus ont amené à

une nouvelle réalité : la *sérophobie*. Les messages véhiculés par certaines campagnes référaient les séropositifs à des bombes à retardement ou encore des tueurs (cf. campagne australienne du Grim Reaper). Les messages véhiculés antérieurement par la prévention du VIH/Sida dégageaient un pronostic à échéance mortelle. L'utilisation de l'humour favoriserait une image plus humaine des personnes atteintes, dissiperait la peur de certaines personnes et n'oublierait pas de parler de prévention par la même occasion.

Aussi, avec une fréquentation touristique élevée, le message devait être compréhensible. Par conséquent, aucun texte n'a été publié. La compréhension imagée a été privilégiée. En effet, avec une fréquentation touristique élevée, l'utilisation linguistique pourrait constituer un frein à la compréhension du message de prévention. Cette technique a créé un « message international ». Il faut privilégier des messages et images claires, sans arrière pensées. À moins d'avoir un public extrêmement intelligent. La question à savoir comment pourrait-il y avoir adhésion s'il n'y a pas compréhension préalable peut être posée.

L'absence de sexe des personnages présentés par la campagne est une stratégie poussant à rejoindre différents types d'individus. S'identifier à travers la campagne devient plus facile. Nous pensons principalement aux femmes lesbiennes qui vont fréquenter le site de l'événement. Bien que les femmes homosexuelles soient moins à risque au VIH via les rapports sexuels, leur risque face aux ITSS est présent.

### **3. Le Canal**

La distribution de condoms fait partie de la campagne de prévention. Séro-Zéro a déployé environ 120 bénévoles pour distribuer des sachets de condoms accompagnés du visuel que l'on analyse ici. Ce fut une production maison qui n'impliquait pas directement la COCQ-Sida. En plus de la distribution, le message véhiculé par la campagne tente d'en promouvoir son utilisation. Tel que vu plutôt, l'utilisation du préservatif est une composante essentielle d'une stratégie complète, efficace et durable de prévention et de traitement du VIH (ONUSIDA, 2008). Les préservatifs ont aidé à réduire les taux d'infection au VIH là où le sida est déjà installé. Limitant ainsi une

propagation plus large du virus, l'épidémie est restée concentrée dans des groupes spécifiques de population.

La source et l'emplacement de cette dernière tiennent une place primordiale. Dans le cas présent la campagne de prévention était diffusée à circuit fermé, à l'intérieur du Village. Seules les personnes participantes présentes lors de l'événement étaient susceptibles d'avoir accès à la campagne. La population ciblée par la campagne a pu avoir accès plus facilement à toutes les informations nécessaires. Ainsi, s'adressant principalement à la population homosexuelle, il était possible de la voir à l'intérieur de certains établissements de la communauté gaie et dans la revue « Fugues ». Cette campagne a été accompagnée par une vidéo<sup>10</sup> diffusée pendant la tenue des jeux sur un grand écran.

#### **4. Le Récepteur**

Les destinataires visés étaient les personnes qui allaient fréquenter le site des OutGames. C'est-à-dire principalement des hommes et femmes homosexuelles et bisexuels. Bien que nous ayons conscience des risques des HARSAH face au VIH, il existe encore beaucoup d'a priori sur les risques des lesbiennes dans la transmission du VIH. Il faut préciser que de nombreuses lesbiennes ont des pratiques à risque sans avoir conscience des dangers d'infection, par le virus du VIH/Sida mais aussi par d'autres maladies sexuellement transmissibles. Au-delà de la faiblesse des données épidémiologiques, l'enjeu pour les lesbiennes est de prendre conscience d'un risque individuel en matière de santé. Personne ne peut affirmer à 100% qu'il n'existe aucun risque de transmission du VIH lors de rapports sexuels de femme à femme. Or en l'absence de certitude, il reste nécessaire de se protéger (Raiteri *et al.*, 1994). Des études américaines ont cependant démontré qu'en raison de certains comportements, les femmes homosexuelles pourraient être plus à risque que les femmes hétérosexuelles. Selon une étude sur le VIH et les comportements à risque, sur l'ensemble des femmes interrogées, qui ont rapporté avoir des contacts sexuels avec d'autres femmes, 93% ont également

---

<sup>10</sup> Il est possible de voir la vidéo sur Youtube au lien : <http://www.youtube.com/watch?v=bULOOlNdV24>

rapporté avoir des contacts sexuels avec des hommes (Jean Bevier *et al.*, Octobre 1995). Ainsi, bien qu'étant un groupe à faible risque, les lesbiennes ne sont pas à l'abri de ce virus et doivent adopter des comportements sécuritaires.

## **5. La Destination**

Il faut rappeler que la campagne n'a été créée que dans le but de prévention durant la période des OutGames. La campagne se voulait être limitée à l'événement. En ce sens, le visuel n'était présent que durant l'été 2006. Ainsi, l'effet de la campagne était à court terme. En effet, promouvoir l'utilisation du condom lors de l'événement ne pousse pas les individus à diminuer considérablement leurs comportements à risques, mais de les freiner le temps d'un été.

À l'issue de cette campagne, Séro-Zéro s'est investi dans la création d'un manuel d'intervention (campagne VIH ou plan général) pour les événements de grande envergure tel les OutGames. Cette demande a été faite par le comité organisateur des OutGames. Ce guide servira à prendre en compte les réalités à chaque étape de la planification.

### **III. Campagne de prévention le « Le Bucher/Guillotine »**

Pour l'analyse de cette campagne nous avons eu recours à trois (3) entrevues soutenues par des sources documentaires : des extraits des procès verbaux des réunions du 11 et 12 mars 2005, du 22 et 23 mars 2005 et du 27 et 28 mai 2005; un communiqué de presse datant du 3 mai 2005; et le verbatim d'un focus groupe entre la directrice de COCQ-Sida et le directeur de l'Action Séro-Zéro paru dans le Fugues.

#### **1. La Source**

Ainsi que Job (1988a, 1988b) l'a fait remarquer, les organismes de santé, maladroits sur le plan médiatique, remettent généralement la tâche délicate de la mise au point des campagnes à des agences de publicité spécialisées. Il faut souligner que l'incapacité des organismes de santé publique et des services d'éducation à participer à la

planification des campagnes constitue l'un des principal obstacle auquel se heurtent les campagnes médiatiques. Les agences de publicité, bien que très fortes pour attirer l'attention sur un nouveau produit ou un problème social, le sont clairement moins pour susciter de nouveaux besoins psychologiques ou transformer des besoins antérieurs (Job 1988a, 1988b).

Tel qu'il est possible de voir sur le modèle, l'initiative de réalisation de la campagne de prévention n'est pas née de la COCQ-Sida mais de leur partenaire Marketel. On pourrait spéculer que les méthodes de recherche publicitaires traditionnelles sont tout à fait inadaptées lorsqu'il s'agit de trouver des techniques de persuasion efficace. Lashley et Watson (1921) jugeaient que les moyens, qui encouragent l'exagération accrocheuse et l'expression populaire, étaient ceux qui seraient capables de banaliser une campagne de santé et mettre en péril sa crédibilité.

Les partenariats peuvent parfois être perçus comme une solution afin de garantir une représentation élargie des partis impliqués. Néanmoins, il s'agit aussi d'une approche pratique permettant de tirer avantage des connaissances et de l'expérience des groupes participants. Il est important de souligner que le partenariat ne se résume pas à une simple consultation de la mise en œuvre. Il requiert aussi une participation totale dans l'éclaircissement des objectifs, la conception et la mise en place de stratégies ainsi que l'engagement au processus d'évaluation. Ainsi, l'une des principales contrainte auxquels se heurtent les campagnes médiatiques paraît être l'incapacité des organismes publique à collaborer à la planification des campagnes. Les organismes de santé, impuissantes sur le plan médiatique, délèguent le travail complexe de la mise en œuvre des campagnes à des agences de publicité spécialisées. Tel que dit antérieurement, bien qu'elles soient très puissantes pour captiver l'attention du public, parfois, elles peuvent passer à côté d'éléments indispensables de la prévention. (Job, 1988b)

Lors la présentation des campagnes par Marketel au comité administratif de COCQ-Sida, 12 personnes étaient présentes de COCQ-Sida et 2 de Marketel. Une grande partie des personnes présentes à la réunion étaient des personnes atteintes et donc très impliquées. Ceci a constitué un premier focus-groupe pour permettre une évaluation des campagnes proposées. Bien que se soit une solution peu coûteuse pour évaluer, il est néanmoins dangereux d'impliquer ces personnes à l'évaluation de la campagne de santé.

En effet, ne possédant pas de connaissances approfondies en marketing, ces participants risquent de se fier sur des données biaisées par les sentiments. Ainsi, tel qu'il a été souligné lors d'une des entrevues, les gens vont selon leur « feeling » : « [...] *les commentaires étaient inadéquats. [...] Ils ramènent à ce qu'ils sont comme individu.* »<sup>11</sup>

Finalement les tensions entre le groupe COCQ-Sida et Séro-Zéro, tels que soulevées auparavant, ont été confirmés durant l'analyse de cette campagne. En effet, selon une de nos personnes interviewée « *le président [de l'époque] de Séro-Zéro dit encore dans les conférences que c'est une campagne épouvantable, que c'est grâce à eux [Séro-Zéro] que j'ai [la personne interviewé] retiré la campagne toxico.* ». Il devient difficile de vérifier la validité des données et nous sommes contraints d'en faire une analyse aussi objective que possible.

Tout comme pour les campagnes précédentes. Marketel et COCQ-Sida se sont associé pour la création de nouvelles campagnes. Ces deux acteurs jouissent d'une crédibilité importante dans le milieu du VIH/Sida et du marketing.

Une étude de Sternthal, Dholakia et Leavitt (1978) suggère que lorsque le sujet est important pour le public et la source d'information est pauvre en crédibilité les récepteurs ne ressentent pas de la confiance afin que leur point de vue soit adéquatement représenté. Aussi lorsque le communicateur s'exprime et que la confiance dans la source est pauvre, le public a tendance à renforcer ses arguments allant à l'encontre des idées exprimées par la source. C'est un risque que les acteurs ont pris. Ainsi, toute erreur de gestion dans ces domaines peut affecter l'image de marque d'une entreprise, et comporter un risque de réputation préjudiciable à la crédibilité de l'organisation et à la confiance des clients.

Tout comme pour la campagne précédente aucun budget ne nous a été dévoilé.

## 2. Le Message

En nous référant à la grille de McGuire, le message tient une place important dans la diffusion de la prévention. Dans le cas présent, la symbolique de l'image est considérable. À plusieurs reprises la dimension des symboles religieux a été soulevée lors

---

<sup>11</sup> Propos recueillis lors d'une entrevue.

des réunions de comités au sein de la COCQ-Sida. Bien que, la campagne s'adressait à des personnes de moins de 35 ans, les individus plus âgés se sont attardés sur les images, qu'ils jugeaient choquantes.

Aussi, il existe un épuisement quant à l'association de la mort au Sida. Bien que cette campagne précise qu'il est possible de se retirer de cet état dangereux, qui est le danger de relations sexuelles non protégées, l'association à la mort y est néanmoins présente. Le message de peur joue sur la vulnérabilité des individus ainsi que sur leur estime de soi, les risques au final ont été très importants. Tel qu'on a pu le voir plus tôt, l'utilisation de la peur est un outil dangereux dans la prévention du Sida. Le message véhiculé par ces trois affiches est clair : le sida tue.

Les campagnes les plus directes dans la promotion de la santé sont celles montrant les dangers du tabac et de l'alcool. Ces campagnes ont contribué à l'effervescence des attributs de morbidité, de la mortalité et l'ouverture à de nouveaux problèmes sociaux. Les promotions agressives du tabac des années soixante ont contribué à l'élargissement du nombre d'utilisateurs et de la clientèle. (Wakefield *et al.*, 2002). Aujourd'hui les gouvernements tentent de nouvelles batailles dans la promotion de la santé allant jusqu'à interdire leur utilisation dans les lieux publics. Le relâchement des années soixante, bien que justifié par le manque de connaissances dans le domaine pousse les gouvernements à « ramasser les pots cassés ». C'est dans cette même optique qu'est vécue l'utilisation du concept de la peur dans le domaine du Sida. On ne se bat plus uniquement dans le cadre de la promotion de la protection de la santé mais aussi, par la même occasion, contre une nouvelle vague de crainte. Les promotions alarmantes associés à la mort ont placé les personnes infectées sous l'œil de la critique du publique qui tend à porter des jugements sur les modes et habitudes de vies des individus lié à la maladie.

MgGuire (1968) souligne l'importance d'une communication émotionnelle dans la diffusion d'un message. Afin que l'image soit comprise et retenue on fait appel aux émotions. McGuire suggère ainsi que la peur est une émotion des plus intéressantes dans l'orientation des actions. Il va néanmoins nuancer cette hypothèse en suggérant qu'il faut l'induire de manière ni trop faible ni trop forte et ce pour garder la motivation du comportement recherché par le message. En d'autres termes la peur motiverait l'action.

Longtemps les campagnes de marketing public tentaient de modifier des attitudes et des comportements néfastes pour la santé des individus en utilisant des messages d'appel à la peur. Rogers (1983) explique bien comment les messages montrant une menace pour la santé agissent sur la motivation à la protection de l'individu. On pourrait songer aux campagnes de sécurité routière, anti-tabagie, etc. Il démontre que le processus comportemental fait suite à un choix réfléchi et délibéré où l'individu évalue le lien coûts/bénéfices. La peur est l'émotion la plus étudiée dans la communication et la recherche sociale d'influence. Néanmoins, les conséquences sont importantes dans l'appel de la crainte, incluant la possibilité du rejet du message ou le rejet de la source et ainsi l'absence de l'attitude de changement (Brehm et Brehm, 1981).

L'utilisation de la peur est un point central de cette publicité. Bien que cet outil a été utilisé au début de la parution du virus et que la population a pris conscience de la gravité de la maladie, aujourd'hui nous sommes dans l'étape de la décomposition de tous les préjugés que la peur a suscité. Pendant un long moment on assistait à un discours dominant discriminant la population homosexuelle face au Sida. Aujourd'hui, si on connaît déjà les problèmes tels que l'homophobie, c'est la sérophobie qui est devenue un combat de certains organismes.

De plus, la COCQ-Sida faisait face à des discours contradictoires sur la prévention chez les UDI. En effet, lors d'entretiens avec les responsables d'un groupe travaillant auprès des toxicomanes, la coalition a reçu des échos contradictoires à la publication de la campagne. Les responsables du groupe de la ville de Québec soutenaient cette initiative alors que le groupe de Montréal s'est fortement opposé soutenant que la vue de seringues plantées dans la peau de l'UDI aurait un effet de nourrir l'envie de drogue des personnes dépendantes.

Tel qu'il est possible de le voir sur le modèle proposé plus haut, les liens sont très pauvres. Ceci montre bien la difficulté de la campagne dans sa réussite. McGuire (1989) préconise de placer en tête de message les arguments susceptibles de plaire à l'audience. Dans le cas présent nous sommes loin de cet environnement d'acceptation de la part du public. Afin de capter au mieux l'attention de l'interlocuteur il est primordial que la première approche visuelle soit plaisante. C'est assez amusant de le remarquer dans notre

vie professionnelle, lors des assemblées, où l'on commence souvent par les succès des personnes qui travaillent.

Dans le cas présent la résistance face au message aurait pu être prédite avec le focus-groupe organisé via le comité HARSAH, qui s'est montré au début très réticent à la publication de la campagne. Au moment où il existe un nombre supérieur de réactions positives que de négatives, la persuasion se met en place. Cependant lorsqu'on assiste à plus de sentiment négatifs que positifs ont assiste à l'effet boomerang. En voyant la difficulté avec laquelle a été perçu le message, la COCQ-Sida s'est vue réorganiser ses services. En effet, un nouveau service en communication a été mis en place.

### **3. Le Canal**

Dans le cas présent, les investigateurs se sont limités à l'affichage et la distribution des affiches et cartes postales dans des lieux stratégiques (le Voir, Fugues, les restaurant du Village).

### **4. Le Récepteur**

Les campagnes visaient trois groupe de population cible : les couples hétérosexuels, homosexuels et les utilisateurs de drogue injectable (UDI). La campagne était orientée à viser tous les groupes à risques.

Il est indispensable de préciser que les contraintes imposées par l'urgence de faire adhérer le plus grand nombre de personnes à l'action préventive, afin de les convaincre d'abandonner des comportements à risque, caractérisent les campagnes menées sur le thème des drogues illicites dans le contexte du sida. Tenu pendant longtemps à l'écart des discours officiels et déclaré tabou par l'opinion dominante, le sujet de la toxicomanie reste fortement controversé dans les sociétés occidentales (Rosenzweig, 1998). L'obstacle majeur auquel se heurtent les discours préventifs est l'hostilité de l'opinion publique face aux contaminations au VIH des UDI et des comportements des cette population

## **5. La Destination**

Les effets visés se voulaient être à long terme. On voulait ainsi favoriser le port du condom pour les couples et l'utilisation de seringues neuves pour les UDI. Mais avec un affichage écourté les objectifs de prévention n'ont pu être atteints.

## CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Une bonne compréhension du stade de la planification, nous aide à mieux comprendre le déroulement des opérations lors de la construction des campagnes de prévention. La base théorique de notre recherche nous a permis de mettre en relief les variables composant cette étape. Cependant, durant notre recherche, nous avons été confrontés à diverses difficultés et de nombreux défis à dépasser.

Dans ce dernier chapitre, nous verrons dans un premier temps l'analyse transversale des résultats d'étude en dégagant les points forts et faibles des campagnes. Par la suite nous nous concentrerons sur les limites de notre recherche et les retombées des résultats pour de nouvelles recherches évaluatives. Finalement, nous nous attarderons sur les recommandations qu'il nous a été possible de dégager.

### A. ANALYSE TRANSVERSALE DES RÉSULTATS

Dans cette première partie de notre chapitre, nous avons choisi d'effectuer une analyse transversale afin de faire ressortir les aspects significatifs de nos résultats de recherche. Cette partie représente le bilan de notre évaluation logique. En dégagant les trajectoires similaires ainsi que les difficultés auxquels nos campagnes ont fait face, nous sommes en mesure d'effectuer un parallèle entre les données obtenues par l'évaluation des trois (3) campagnes.

L'analyse transversale nous permet de relever les points forts et les points faibles des campagnes lors de leur construction. Le tableau qui suit récapitule les résultats de notre recherche. Nous nous sommes servis du modèle proposé par McGuire et l'avons complété en fonction des résultats obtenus.

FIGURE 7 : RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION LOGIQUE

INPUT	Variables communicationnelles	Prêt à l'action	OutGames	Bucher/guillotine
	<b>Nombre</b>	3	4	2
	<b>Consensus</b>	Oui	Non	Non
<b>Source</b>	<b>Démographie</b>	Présence du comité HARSAH	Présence du comité HARSAH	X
	<b>Attractivité</b>	Élevée	Élevée	Élevée
	<b>Crédibilité</b>	Élevée	Élevée	Élevée
	<b>Budget (rajouté)</b>	35 000\$ - 40 000\$	X	X
	<b>Émotion interpellée</b>	Humour	Humour	Peur
	<b>Type d'information</b>	Utilisation condom – Affiché	Utilisation condom - Affiché	X
<b>Message</b>	<b>Omission</b>	X (complet)	X (complet)	Modes de préventions (condom, seringues neuves)
	<b>Organisation</b>	Élevée	Élevée	X
	<b>Répétition</b>	X	Durant l'événement	X
	<b>Modalité</b>	Cartes postales/site Web/ Affichage publicitaire	Vidéo/ cartes postales/Affichage publicitaire	Affiches publicitaires
<b>Canal</b>	<b>Immédiateté</b>	Élevée	Élevée	Moyenne
	<b>Contexte</b>	X	OutGames Montréal 2006	X
	<b>Démographie</b>	Hommes gais	Hommes/femmes homosexuels ou bisexuels	Homme/Femmes
	<b>Habilité</b>	X	X	X
<b>Récepteur</b>	<b>Personnalité</b>	X	X	X
	<b>Style de vie</b>	Fréquentant les bars, saunas et grand événements (rave), des hommes utilisant Internet pour faire des rencontres	Visiteurs de l'événement	X
<b>Destination</b>	<b>Court/Long terme</b>	Long	Court	Long
	<b>Prévention/Cessation</b>	Prévention	Prévention	prévention
	<b>Directe/Implicite</b>	Directe	Directe	Directe

## **I. Les forces des campagnes étudiées**

Les trois campagnes possèdent deux forces incontestables : la source et l'effet désiré, soit la destination. En effet, tel qu'il est possible de voir sur le tableau récapitulatif ces deux variables se situent à un niveau élevé de l'analyse et constituent les grandes forces de ces trois campagnes.

Tel que l'on a pu le voir dans le chapitre précédent, le rôle de la source est crucial dans la perception et l'acceptation de la communication persuasive. McGuire (1989) souligne l'importance des caractéristiques de la source de l'information, soit son genre (hommes/femmes), son âge, son origine ethnique, et son impact sur la perception de sa crédibilité, son attractivité et son pouvoir d'avoir un impact persuasif. En effet, il ne suffit pas d'être un expert dans le domaine du VIH/Sida afin d'avoir le pouvoir de capter l'attention du public. Aussi, il est indispensable que le public puisse se reconnaître à travers la source (McGuire, 1989). Dans le cas de nos deux premières campagnes, différents partenaires ont pris part à l'élaboration des campagnes, dont la population cible (comité HARSAH). Lors de la planification, ces groupes aident à comprendre les enjeux et ainsi maximiser les efforts déployés dans la prévention.

La planification de la destination est un point très fort de ces campagnes. En effet, elle a bien été choisie selon les besoins de la situation dans laquelle les campagnes sont parues, soit dans un contexte régulier ou un événement spécial tel les OutGames. L'environnement dans lequel sont parues les campagnes ont été favorables à la diffusion de l'information.

Il faut souligner l'importance que tient l'aspect de la prévention dans le contexte montréalais. En effet, l'interdiction des seringues ou encore l'abstinence auraient été des mesures non adaptées aux réalités Nord-Américaines. L'approche culturelle a été fortement favorisée. La réduction des méfaits ne passe pas par le soutien de l'abstinence sexuelle, mais plutôt par une gamme de comportements possibles poussant à réduire le risque, tels que la réduction du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation des condoms (ONUSIDA, 2008). Aussi, la couverture, l'intensité et la durée de la prévention sont des variables importantes jouant sur l'efficacité du changement de comportement.

McGuire (1976) recommande de mettre de l'avant les arguments susceptibles de plaire au public ciblé. Ceux-ci ont l'effet de saisir l'attention et d'agir de manière profitable pour la suite de la compréhension du message. Cependant, même si nous n'avons pas souligné la force du message dans ces campagnes, il reste important de noter l'originalité des images utilisées. En effet, les campagnes ont tenté de rompre avec l'habitude et l'ennui du public en utilisant des images métaphoriques (les files d'attentes, les activités sportives « transformées »). Selon Janson (1994), l'utilisation de la métaphore combine plusieurs pouvoirs: instruire en liant des choses qui paraissaient isolées l'une de l'autre, étonner par des combinaisons inattendues et informer. Cette originalité soulève un intérêt particulier du public à vouloir observer ce qui se trouve devant eux. La complémentarité entre l'image et le texte associé a été suivie dans deux des trois campagnes, soit les campagnes « prêt pour l'action » et « OutGames ».

## **II. Les faiblesses des campagnes étudiées**

Tel qu'il est possible de voir sur le tableau récapitulatif, la campagne du « Bucher/Guillotine » possède de nombreuses lacunes dans sa construction. En effet, on peut voir qu'aucune considération profonde quant au récepteur n'a été faite. La cible fait partie intégrante d'une initiative de persuasion. Il nous a semblé important de développer cette problématique un peu plus en profondeur dans la quatrième partie de ce chapitre.

Aussi, les trois campagnes ne semblent s'être attardées ni à la répétition du message, ni à l'innovation quant aux canaux employés. En effet, il s'avère que les canaux utilisés soient semblables depuis quelques années. Les affiches publicitaires et les cartes postales, bien qu'elles soient efficaces, ne représentent plus une répétition innovante du message. On fait alors face à l'habitude du message persuasif. Cette pratique habitue le public au placement et le rend moins alerte au message. L'environnement répétitif des canaux utilisés nous laissent à penser que la campagne risque de ne pas atteindre son but ultime. Cependant, il serait utile de nuancer ces propos. En effet, la campagne « Prêt pour l'action » s'est munie d'une nouvelle technologie : celle du Web. De plus, le spot vidéo

paru durant les OutGames de Montréal montre une nouveauté quant à la manière dont on peut atteindre un public cible.

Bien que les campagnes aient plusieurs objectifs d'intervention (augmentation de l'utilisation des condoms, augmentation de l'utilisation des seringues neuves et dépistage), seule l'utilisation des condoms est mise en avant par les affiches. Il y a alors une divergence quant aux objectifs fixés et les objectifs affichés par la campagne.

En conclusion, tel qu'il est possible de l'observer sur le *Graphique 7* la campagne ayant une organisation la plus complète est la campagne « Prêt pour l'action ». Elle a comblé les nombreuses demandes lors de l'organisation de la campagne et son échelle de notation est élevée. Malheureusement, la campagne « Bucher/Guillotine » ne semble pas avoir rejoint les éléments demandés par le modèle de McGuire. Trop de lacunes sont présentes : pauvre consensus des acteurs de la planification, manque d'information sur le message montré par l'affiche, une émotion interpellée stricte, définition du public cible trop souple.

## **B. LES LIMITES DE L'ÉTUDE**

Nous sommes en possession de données montrant la nécessité d'une bonne construction quant à la source, le message, le canal, le récepteur et l'effet désiré. Cependant il nous manque des données importantes quant à l'influence de ces éléments sur l'utilisation des préservatifs, le dépistage et l'utilisation de seringues neuves. C'est, en somme, l'étude de l'hypothèse d'intervention qui semble être compromise.

En effet, peu de travaux ont pu documenter l'effet des objectifs de production (soit la distribution d'affiches, les consultations des sites Web...) sur l'augmentation de l'utilisation des condoms, du dépistage ou encore l'utilisation de seringues neuves. En effet, il est difficile d'établir des relations de cause à effet. Tel que vu précédemment, un nombre important de facteurs peuvent entrer en compte et modifier les résultats. L'évaluation est un processus complexe et nécessite une observation très ardue de tous les paramètres pouvant modifier les résultats de recherche. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, il est indispensable de considérer l'évolution du contexte

épidémiologique (e.g. découverte de nouveaux médicaments, augmentation ou diminution de l'incidence du VIH/Sida parmi la population cible) qui ne cesse d'évoluer, ainsi que les divers facteurs comportementaux.

Il est important d'ajouter que, même si la phase de planification inclut une évaluation selon les règles, celle-ci ne peut assurer le succès du programme. Un des problèmes les plus délicats pour les études évaluatives est de savoir si tel ou tel effet mesuré est nécessairement le résultat du programme mis en place. L'analyse des interactions et des multiples influences pouvant s'exercer sur une pratique, tel l'affichage des campagnes de prévention dans les journaux, est un exercice extrêmement ardu. C'est une des raisons pour lesquelles les programmes de prévention du VIH/Sida ont du mal à établir un lien solide entre leurs démarches et les résultats observés.

### **C. RETOMBÉES FUTURES POUR LA PRÉVENTION : PERSPECTIVES D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS ET DE L'IMPACT**

Un récent ouvrage sur la promotion de la santé (O'Neill et al, 2006) délimite deux rôles à l'évaluation de projets de promotion de la santé : le premier vise à accroître l'efficacité des interventions et le second à soutenir le développement et la diffusion de pratiques novatrices. Les résultats de cette recherche proposent aux professionnels œuvrant en prévention du SIDA, et de manière générale en promotion de la santé, une compréhension plus approfondie des paramètres de construction de communications persuasives. Avec cette recherche nous tentons d'améliorer la qualité de la conception des projets et des programmes. Ceci devrait contribuer au développement d'approches novatrices et mieux ciblées. L'exemple du SIDA n'est qu'une infime partie de ce qui pourrait être accompli pour d'autres maladies ou problèmes sociaux (e.g. tabac, cancer, nutrition, etc.).

Mais en approfondissant les études évaluatives en matière de lutte contre le VIH/Sida, il serait intéressant de répondre aux questions qui suivent :

- Quels résultats ont été observés suite à la parution de la campagne?
- Quelle est leur signification?

- Quels sont les effets véritables des campagnes de prévention?

Dans cette perspective, il serait intéressant de revoir le modèle proposé par McGuire et d'effectuer une analyse sur les OUTPUT. En somme, une mesure de l'efficacité à court ou à moyen terme serait à envisager.

Deux orientations des études futures devraient être prises en compte. Dans un premier temps, les effets à court ou à moyen terme devraient être évalués par le changement d'attitude vis-à-vis du VIH/Sida, le recul des comportements à risque et l'adoption de méthodes sécuritaires. Quant aux effets à long terme, il faudrait prendre en considération l'évolution du taux de prévalence du VIH/Sida, la durabilité des changements observés ainsi que l'évolution des normes sociales. Dans le cas d'une telle étude, une recherche quantitative serait de rigueur.

Il est nécessaire de souligner que l'évaluation des résultats ou de l'impact est étroitement liée à celle effectuée pendant les phases d'évaluation précédentes de la campagne de prévention. Les informations recueillies durant l'étape de la planification peuvent ainsi aider à comprendre le comment et le pourquoi des effets obtenus et tenter de saisir les véritables raisons du succès du programme de lutte contre le VIH/Sida.

L'unique appréciation des indicateurs obtenus lors de l'évaluation de résultats et de l'impact, sans parallèle avec les données tirées de l'évaluation de la phase de la planification, peut conduire à des conclusions erronées sur l'efficacité du programme de prévention.

Sachant ceci, il devient impossible de déterminer l'effet réel d'une campagne dû aux diverses influences subies par le public (c.f. Graphique 1), il est indispensable d'avoir des données précises sur les comportements et attitudes des populations que l'on tente de cibler, soit des données démographiques, des données portants sur le style de vie, sur les habitudes...C'est ce que les résultats de notre recherche ont tenté de mettre en relief. Il est indispensable de recueillir des données avant la mise en place du programme de prévention ainsi qu'après sa lancée.

## D. RECOMMANDATIONS

Une des plus grandes difficultés à laquelle sont confrontés les investigateurs des campagnes de prévention est l'adaptation des messages à la culture, ou sous-culture, de certains groupes d'individus. Afin de pallier à cette problématique, on pourrait débiter par la définition de deux concepts importants de la communication : la diffusion et l'innovation. La diffusion est : the « *process by which an innovation is communicated through certain channels over a period of time among the members of a social system*<sup>12</sup> » (Rogers, 1986: 117) . L'innovation est « *an idea, practice, or object that perceived to be new by an individual or unit of adoption*<sup>13</sup> » (Rogers, 1986: 117). Dans le cas présent nous avons cherché une méthode innovante à la diffusion d'une communication préventive.

### I. Humanisation de l'information

En observant le tableau résumé, il est possible de voir un manque d'identification des populations ciblées par la campagne de prévention, soit le style de vie, la démographie... À cause des divergences culturelles, économiques, et démographiques, les priorités en matière de santé peuvent varier d'une communauté à une autre. Dans un tel contexte, la construction d'une campagne de prévention devient difficile.

Les profils des différents publics sont diversifiés. Le profil d'un jeune est différent de celui d'une travailleuse du sexe, d'un travailleur du sexe, d'une femme au foyer, ou d'un camionneur... La recherche sur les aspects comportementaux est nécessaire pour définir avec précision chacun de ces profils. Partout dans le monde, on reconnaît de plus en plus l'impérieuse nécessité de mener de meilleures recherches sur l'Homme<sup>14</sup> et de concevoir de meilleures interventions pour garantir l'efficacité des programmes de prévention pour le VIH.

---

<sup>12</sup> Traduction libre : la diffusion est : un processus par lequel l'innovation est communiquée à travers certains canaux pour une période de temps parmi les membres d'un système social

<sup>13</sup> Traduction libre : l'innovation est : une idée, une pratique ou un objet qui est perçu comme novateur par un individu ou autre méthode d'adoption.

<sup>14</sup> L'Homme réfère ici à l'être humain, tout genre confondu.

Même si je n'élabore pas sur le sujet, il est de toute évidence possible de différencier les publics selon leur style de vie (cf. McGuire), leur profil psychologique, leurs comportements et leurs attitudes dans la prise de risque ainsi que leur disposition au changement. Il y a alors un besoin croissant « d'humaniser » les données en délimitant les caractéristiques du public visé. Traditionnellement, une recherche sur ces aspects doit être menée avant l'élaboration d'un quelconque programme de communication. Des campagnes telles que celle du « Bûcher/Guillotine » ne devraient plus faire partie des habitudes en marketing social, en terme de prévention du VIH. L'humanisation ferait en sorte de dégager les réalités les plus probables des populations visée. Il ne suffit plus de penser aux stéréotypes des individus mais de s'infiltrer dans leur quotidien.

Ainsi, la meilleure approche serait d'humaniser l'information scientifique recueillie lors de la recherche sur les aspects comportementaux en dressant un profil personnalisé d'un segment particulier du public. Dans ce contexte, un prototype humain pourrait être conçu à partir des résultats et le jeune homme homosexuel venant d'un milieu urbain, fréquentant le milieu de la nuit et de la fête deviendrait un « Jean » ou un « Marc ». Le message de prévention pourrait alors atteindre « Jean » et non la population de la nightlife en générale en milieu urbain. En préparant une communication (affiche, télévision, Internet), on s'attend à ce que le message qu'elle véhicule sera vu par quelqu'un qui se reconnaîtra à travers le message véhiculé et de ce fait, sa connaissance augmentera et/ou il désirera discuter de l'information ou encore il cherchera des informations supplémentaires.

Les théories expliquant la diffusion, la persuasion et les étapes de comportement (par exemple Fishbein, Prochaska, Rogers, Bandura, etc.) peuvent aider à comprendre le changement de comportement entrepris par la population que l'on vise. La théorie de l'apprentissage social peut nous éclairer sur les comportements influencés par un modèle social. Dans ce contexte d'humanisation de la communication, les théories d'efficacité personnelle et d'efficacité collective peuvent être utiles pour influencer un comportement individuel et les normes sociales.

## II. « Normalisation » de la pratique

La publicité est omniprésente que ce soit dans une station-service, au cinéma, dans les jeux vidéo, dans les toilettes ou au cours d'événements sportifs. Alors pourquoi ne pas utiliser cette opportunité pour transmettre un message de prévention à la population.

Par exemple, un des premiers placements d'article de vente dans un film a été fait dans un film de Steven Spielberg, *E.T.* (1982). Après la sortie de ce film, les ventes des Reese's Pieces ont augmenté après que l'on ait vu l'extraterrestre en manger (Petrof, 1993). Des produits récurrents, tel le *Coca Cola*, *Nike...*, sont constamment présents dans nos émissions de télévision et nos films et en font intégralement partie. Cette pratique a été intégrée dans plusieurs émissions télévisées populaires. Que deviendrait le film *Cast Away* (2000) avec Tom Hanks si ce dernier ne travaillait pas pour la compagnie « FedEx ». De plus, lorsque le personnage principal se retrouve seul sur une île après l'écrasement de son avion, il se lie d'amitié avec un ballon de la marque *Wilson*, qu'il prénomme Wilson... Alors, pourquoi ne pas « normaliser » le port du condom ou encore le dépistage du VIH?

Dans bien des pays dans le monde, ainsi qu'au sein de certaines communautés présentes à Montréal, il serait difficile de changer les comportements individuels, et encore plus difficile de maintenir les changements souhaités, alors que les normes sociales favorisent la transmission rapide du VIH/SIDA. C'est particulièrement vrai dans les communautés où les relations entre garçons et filles sont toujours orientées vers les relations sexuelles, là où les relations sexuelles sont précoces, là où le taux de violence sexuelle est élevé, là où le multipartenariat sexuel est une pratique ordinaire. Dans ces conditions, pour qu'une intervention visant le changement de comportement individuel réussisse, il devient indispensable que les normes sociales changent.

*"Aussi longtemps que les valeurs de groupes seront inchangées, l'individu résistera au changement et ce, d'autant plus qu'il devra s'écarter des normes du groupe. Si la norme elle-même est changée, la résistance due à la relation entre l'individu et la norme groupale est éliminée" (Lewin, 1951, p.56).*

Ceci peut être obtenu par la mise en place de stratégies visant le développement de l'efficacité collective des groupes pouvant initier le changement des normes sociales.

Dans la pensée de la normalisation des pratiques, nous pensons particulièrement aux comportements sexuels. Dans un contexte où il n'existe plus d'espace d'apprentissage pour les jeunes sur les modes de transmission des maladies sexuellement transmissibles, où les jeunes découvrent les pratiques sexuelles à travers les films et les vidéo clips, nous estimons que le divertissement devrait être de plus en plus utilisé pour parler de la responsabilité sexuelle et du VIH/SIDA. Actuellement les programmes médiatiques les plus innovateurs dans le monde utilisent l'approche « divertir pour éduquer. » En effet, si nous voulons toucher un grand nombre de personnes, nous devons nous orienter vers l'encouragement et non vers la moralisation. Nous devons utiliser le divertissement parce que les gens aiment et veulent se divertir. De plus, grâce aux changements révolutionnaires dans le domaine de la technologie de l'information (télévision, satellite, câble, Internet), plus que jamais, un très grand nombre de gens savent ce qui se passe à travers le monde.

L'apprentissage social par l'imitation des personnages des médias de masse qui divertissent et éduquent sont de plus en plus une puissante force au service de la santé publique. Quel est le programme de télévision le plus suivi dans le monde aujourd'hui ? « Friends? », « Virginie? ». Si nous arrivons à convaincre les producteurs de ces séries d'inclure des messages de prévention du SIDA, nous pourrions atteindre des centaines de million de personne chaque semaine.

Si ces émissions de télévision diffusées à travers les différentes régions du monde incluait régulièrement des messages relatifs à la responsabilité sexuelle, les normes relatives à la prévention du VIH/SIDA auraient été répandues plus rapidement et plus efficacement.

Pensons aux Beatles qui ont autant choqué certaines générations que conquis d'autres. Ou encore Elvis qui en a outré plus d'un avec son déhanchement suggestif. Ces « provocateurs » sont devenus et restent de réelles idoles pour de nombreux jeunes. C'est notamment par la chanson que se sont passées certaines libérations, et particulièrement sexuelles (Joffrin, 1988). Et si aujourd'hui l'idole de la jeunesse actuelle prônait le port

du condom au risque de choquer certains parents. Ne seraient-ils pas heureux de voir que durant leur jeunesse les enfants ont su éviter les diverses ITSS et le VIH?

Ainsi, nous soutenons très profondément cette idée d'insertion de certaines normes dans le quotidien en passant par un des médias les plus utilisés : la télévision. Sachant qu'en 2005, les jeunes hommes regardaient en moyenne 2,6 heures de télévision par jour, comparativement à 2,2 heures pour les jeunes femmes (Haley, Septembre 2008), il serait important de miser sur l'efficacité de la visibilité de la campagne à travers de médias.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Depuis l'arrivée des antirétroviraux (ARV) en 1996, on observe une diminution marquée du nombre de cas de Sida déclarés qui est accompagné par une baisse significative de la mortalité et de la morbidité associées au VIH/Sida (ONUSIDA, 2006). En parallèle, en raison du plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH asymptomatiques, les probabilités de transmission du VIH sont plus élevées. Pour cette raison, les besoins en prévention doivent être renforcés.

Les données présentées dans cette étude montrent la nécessité de maintenir, voire d'amplifier les activités reliées à la prévention de la transmission du VIH autant chez les personnes qui ne sont pas infectées que chez celles vivant avec le VIH. Les efforts de prévention contre le VIH se sont généralement concentrés sur la protection des personnes face à l'infection, mais on s'efforce aussi d'aider les personnes vivant avec le VIH à éviter de transmettre le VIH aux autres. Afin que ces programmes soient efficaces, les efforts de prévention doivent être liés à des actions visant à accroître les taux de dépistage du VIH, l'utilisation de seringues stériles, le port du condom.

Il est très important de reconnaître que le VIH est d'abord et avant tout une maladie qu'il est possible d'éviter. Les communautés les plus vulnérables au VIH ont besoin de programmes ciblés, fondés sur des stratégies de prévention qui tiennent compte de la culture et du genre, et qui sont adaptés à l'âge de public ciblé (Nohre *et al*, 1999). Elles ont également besoin de nouveaux outils de prévention qui améliorent sensiblement leur capacité à se protéger, tel que les vaccins préventifs et les microbicides.

Pour enrayer l'épidémie, il faut que nos programmes s'améliorent. Nous devons : surveiller et évaluer l'impact des démarches que nous adoptons, apprendre de nos expériences, peaufiner et améliorer continuellement les services offerts à la population. Il est alors indispensable d'incorporer l'évaluation à la phase de conception du programme pour s'assurer que les activités de recherche produisent des résultats profitables. La planification d'une intervention et la création d'une stratégie d'évaluation sont ainsi des activités inhérentes l'une à l'autre.

Le besoin en évaluation, et ce même si le budget est limité, doit être une activité usuelle. Avec les lectures effectuées, il nous a été possible de nous rendre compte de la

place parfois trop minime que tient l'évaluation. La raison clé de l'évaluation des campagnes se trouve dans la recherche de stratégies dans le but de rendre une campagne efficace. Cette connaissance est essentielle à la construction de campagnes futures (Alcalay *et al.*, 1989).

Cependant, étant donné que nous n'avons pas une parfaite connaissance de la manière dont les comportements changent et les nombreux facteurs (épidémiologiques, sociaux, psychologiques) influencent l'épidémie, l'évaluation des campagnes de prévention devient un exercice complexe. Il est difficile de prouver que l'augmentation de comportements sécuritaires (utilisation de condom, dépistage et utilisation de seringues stériles) résulte des efforts de prévention. D'autres facteurs, notamment la mortalité et la migration, peuvent également expliquer ces changements (FHI, 2001)

De plus, une campagne de marketing social ne peut pas à elle seule être la responsable de changements de comportements ou encore d'habitudes. Le cas illustrant pleinement cet aspect est la situation du personnel médical qui a été formé dans un environnement recommandant des pratiques sécuritaires à l'endroit de la santé des individus et connaissant les conséquences de la cigarette. Néanmoins, en prenant l'exemple d'une étude menée en France, à la faculté de médecine, plus du tiers des futurs médecins sont fumeurs (Josseran *et al.*, Décembre 2003). Ainsi, l'utilisation unique des campagnes publicitaires n'est pas toujours le bon choix dans la promotion de la santé. En présence de buts aussi complexes, l'emphase est mise sur le changement d'attitudes et de comportement et on tend alors à oublier la place de l'éducation. Ce constat se démontre par le nombre de jeunes canadiens qui pensent que le Sida est guérissable (Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 2003).

Parce qu'il n'y a pas de moyen efficace de guérir le SIDA, l'éducation et la communication restent des composantes essentielles de ce qui peut être entrepris. La communication deviendra progressivement une composante essentielle de tout programme qui veut réussir et ce même dans le cas où l'action est modeste. Les programmes les plus efficaces de marketing social du condom sont ceux qui utilisent les réseaux de distribution d'information existants et s'appuient sur une approche stratégique de marketing et de communication (Banque Mondiale 1997).

Ces stratégies de prévention doivent rejoindre un grand nombre de personnes, elles doivent susciter des modifications de comportements et doivent maintenir les modifications sur une longue période (Godin *et al.*, 2002). Une variété de méthodes de communication doit être utilisée pour transmettre des messages clairs et simples quant aux options possibles afin de réduire les risques et favoriser la santé. Il est essentiel de fournir aux personnes des outils sur les manières de réduire les risques. Un juste équilibre des approches dépend de notre réflexion sur la population ciblée et de notre capacité d'adapter les programmes présents pour qu'ils répondent aux besoins de la population (Bertrand, 1978).

L'évaluation suppose un examen de la manière dont les activités planifiées permettent d'atteindre les résultats prévus (Patton, 1990). L'évaluation nous apprend ainsi *pourquoi* et *comment* un projet aboutit ou échoue et *quoi* entreprendre par la suite. Dans une perspective d'amélioration des programmes de prévention et de la diminution de l'incidence du VIH, il est essentiel d'apprendre et comprendre ces questionnements (pourquoi, comment et quoi). Ainsi, dans le cas où notre projet est considéré comme ayant réussi mais que nous ne savons pas pourquoi, c'est un échec. Cependant, si notre initiative a échoué et nous savons pourquoi, ceci représente un progrès. Si un projet atteint le but attendu et nous savons pourquoi il y est parvenu, nous sommes gagnants à tous les niveaux.

**BIBLIOGRAPHIE**

Agence canadienne de développement international (ACDI), consulté en ligne le 26 avril 2008, <http://www.acdi-cida.gc.ca/CIDAWEB/acdicida.nsf/Fr/JUD-111810358-LAH>

Agence de Santé publique du Canada (novembre 2006), *le VIH et le sida au Canada; Rapport de surveillance en date du 30 juin 2006*, version PDF : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0606/pdf/haic-vsac0606.pdf>

Agence de Santé Publique du Canada (2006) Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, version PDF : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>

Agence de Santé Publique du Canada (Novembre 2007), *Actualités en épidémiologie sur le VIH/Sida*, ISBN 978-0-662-07707-7, 150 p.

Agence de santé publique du Canada (2008), *Le VIH et le Sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2007*, p. 105.

Agence de santé publique du Canada (2009), *Le VIH et le Sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008*, p. 105.

Agence de la santé publique du Canada, (consulté en ligne le 15 Mars 2010), La santé de la population, [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/index-fra.php>]

AIDS Committee of Toronto (2004). *Party Drugs in Toronto's Gay Dance Club Scene, Issues for HIV Prevention for Gay Men*, [[www.atoronto.org/partydrugs](http://www.atoronto.org/partydrugs)] (site consulté le 7 Mars 2010).

Alcalay R., Taplin S., (1989) Community Health Campaigns : From Theory to Action, dans Rice R.E., Atkin C.K., *Public Communication Campaigns*, Sage Publications, Inc; 2nd edition, pp. 105-129

Angers M. (1992) *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Anjou, Centre éducatif et culturel: xvi, 365 p.

Arabyan M. (2000) *Lire l'image : émission, réception, interprétation des messages visuels*, Paris, L'Harmattan, p. 115.

Arndt C., Lewis J.D. (Juillet 2000) *The Macroeconomic Implications of HIV/AIDS in South Africa: A Preliminary Assessment*, World Bank, Durban, South Africa.

Atkin C. (1981). Mass media information campaign effectiveness. Dans R. Rice et W. Paisley (eds.), *Public communication campaigns* (pp. 265-280). Beverly Hills, CA: Sage.

Atkin C., Wallack L. (1990) *Mass communication and public health*, Newbury Park, CA.: Sage Publications.

Bélec L., Saidi H., Carbonneil C. (2005). Barrières chimiques pour la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Actualités sur le développement de formulation à visée microbicide. In *Médecine et maladies infectieuses*, 35, pp. 105-107.

Banque Mondiale (1997) Rapport de recherche sur les politiques, Appendice I: *Socially Marketed Condom Sales in Developing Countries, 1991-1996, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, Oxford University Press Oxford.

Barry T. E. (1987). The development of the hierarchy of effects: An historical perspective. Dans Leigh, J. H., & Martin, C.R., Jr. (Eds.), *Current Issues and Research in Advertising*, Ann Arbor, MI: Univeristy of Michigan. pp. 251-295.

Bautier E., Gonnin-Bolo A., Zay D. (1995) *Établissements et partenariats. Stratégies pour des projets communs, texte préparatoire au colloque INRP-ESCOL-IFEU-Université Paris VIII*. Paris, INRP, pp. 11-27.

Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Vongmany N., Grémy I. (Novembre 2005) *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France*, Agence nationale de recherche sur le Sida, p.204

Bernheim F., (2004), *Guide de la publicité et de la communication*, Totem, Larousse, p.336.

Bertrand JT. (1978). *Pretesting communication materials*. Chicago: Communication Laboratory, Community Family Study Center, University of Chicago

Blanc N., Vidal J. (2009) *Publicité et psychologie*, Concept-psy, p. 150.

Brehm S. S., Brehm J. W. (1981). *Réactance psychologique : Une théorie de liberté et de commande*. San Diego, CA : Universitaire.

Brousselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., Hartz Z. (Janvier 2009) *L'évaluation : concepts et méthodes*, Les Presses de l'Université de Montréal, Collection « Paramètres », 304 p.

Brown W.J. (1991), An AIDS prevention campaign : Effects on attitudes, beliefs, and communication behaviour. *American Behavioral Scientist*, 34, pp. 666-678.

Bureau de la publicité sur Internet au Québec (BPIQ) et Impact Recherche commanditée par le Gouvernement du Québec (20 juin 2001) *La publicité sur Internet: aussi efficace qu'ailleurs*, CyperPresse, Montréal.

Burkhalter H. (2004) The Politics of AIDS: Engaging Conservative Activists, *Foreign Affairs*, vol. 83, n°1, pp. 8-14.

Canadian Media Research Inc. (Septembre 2006) *Combien de Canadiens s'abonnent-ils à la télévision par câble ou par satellite? Estimés des abonnés à la télévision par câble ou SRD, profil des non-abonnés et résultats d'une enquête spéciale*, p.31.

Carr, W. et Kemmis, S. (1986). *Becoming critical. Education, knowledge and action research*. Londres, The Falmer Press.

Castells M.,(1998) *L'ère de l'information. Vol. 1. La société en réseaux*. Paris, Fayard, 616 p.

Catelli L.A. (1995). Action research and collaborative inquiry in a school-university partnership. *Action in Teacher Education*, 16(4), pp.25-38.

CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida) (2009) *Le VIH au Canada : Tendances et Enjeux Pour Faire Progresser la Prévention, les Soins, le Traitement et le Soutien Grâce à l'échange des Connaissances*, Version PDF : [http://www.catie.ca/pdf/canada/VIH-au-Canada\\_AE.pdf](http://www.catie.ca/pdf/canada/VIH-au-Canada_AE.pdf)

Caumont D., (1996), Le bilan de campagne publicitaire, outil d'aide à la décision, *Recherches et applications en marketing*, vol. 11, n°4, pp.93-109.

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le Sida, consulté en ligne le 26 avril 2008, <http://www.cocqsida.com/>

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le Sida, *Rapport Annuel 2007-2008*, Regrouper les organismes communautaires québécois impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida, afin de favoriser l'émergence et le soutien d'une action concertée.

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le Sida (18 mars 2008) Couper des fonds = perdre des vies, Communiqué de presse, Montréal, consulté en ligne le 14 décembre 2008, [http://www.increaseaidsfunding.ca/docs/CP\\_coupure%20federale\\_18mars08.pdf](http://www.increaseaidsfunding.ca/docs/CP_coupure%20federale_18mars08.pdf)

Coates TJ, Richter L, Ceres C. (Août 2008) Behavioural Strategies to Reduce HIV Transmission: How to Make Them Work Better. *The Lancet* ;372(9639), pp.669-684.

Coggins C., Blanchard K., Friedland B. (2000). Men's Attitudes towards a Potential Vaginal Microbicide in Zimbabwe, Mexico and the USA. In *Reproductive Health Matters*, 15, pp. 132-141.

Cohen S. A. (Décembre 2003), Beyond Slogans: Lessons From Uganda's Experience With ABC and HIV/AIDS, Dans *The ABC Approach to HIV Prevention: A Policy Analysis A Selection of Articles on A, B and C from The Guttmacher Report on Public Policy*, pp-1-3.

Commonwealth Department of Health and Ageing (2002) *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia: Summary Report*. Commonwealth of Australia. version PDF :

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/E1027EFEC83DA846CA257650007AC419/\\$File/roisum.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/E1027EFEC83DA846CA257650007AC419/$File/roisum.pdf) 29 p.

Conseil des ministres de l'Éducation (Canada). (2003) *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada. Les facteurs qui influencent les connaissances, les attitudes et les comportements*, Conseil des ministres de l'Éducation, ISBN 0-88987-150-7.

Contandriopoulos A.-P., Champagne F., Denis J.-L. et Avargues M.C. (2000)« L'Évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et de la santé publique*, vol. 48, pp. 517-539.

Contandriopoulos A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., Boyle, P. (2005), *Savoir préparer une recherche : La définir. La structurer, la financer*, Gaëtan Morin éd., Chenelière Éducation.

Cresswell A. (1 December 2007) Grim Reaper stemmed AIDS tide, *The Australian*, Health editor, consulté en ligne le 3 janvier 2009

Creswell J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design* . Choosing Among Five Traditions. Thousand Oaks, London Delhi : Sage Publications. Inc.

Crewe, M. (1992). *AIDS in South Africa: The myth and the reality*. London: Penguin.

Dedobbeleer N., Morisette P., (juin 1999) *Le sida et le contexte des relations sexuelles des femmes seules à la recherche d'un partenaire au Québec*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Secteur santé publique, Université de Montréal, p. 147.

De Lay P., Manda V. (Automne 2004) *Politics of Monitoring and Evaluation : Lessons from the AIDS Epidemic*, dans Rugg D., Peersman G., Carael M. (Automne 2004) Global advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation, *New Directions for Evaluation*, n°103, pp. 13-32.

Dolbec, A. et Savoie-Zajc, L. (1994). «La recherche-action, un processus générateur de changements planifiés » dans Chevrier, J. (dir.) (1994). *La recherche en éducation comme source de changement*, Montréal : Logiques, pp. 201-218.

Donovan R. (1992), *Communication strategy and recommendations*, Volume 2 to National Child Protection Council, Donovan Research.

Dwyer D.E., Howard R., Downie J., Cunningham A.L., (4 Juillet 1988) The Grim Reaper campaign [Letter], *Medical journal of Australia*, vol 149, n°1, pp. 49-50.

Edgar T., Freimuth V., Hammond S. (1988), Communicating the risk of AIDS to college students: The problem of motivating change, *Health Education Research*, 3, pp. 59-65.

Evangelista K. F., Amine Z.A, Meulders D., O'Dorchai S., Plasman R, Rycx F. (2009) Revenus individuels et dépendance financière des femmes et des hommes dans neuf pays européens en 2006, DULBEA, Université Libre de Bruxelles, p. 96.

Family Health International (FHI) (2001) sous la dir. De Rehle T., Saidel T., Mills S. et Magnani R., *Évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA (prévention, soins, assistance) dans les pays en développement. Guide à l'intention des directeurs de programme et des décisionnaires*, 264 p.

Farmer P. (1996) *Sida en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala, 414 p.

Flick U. (1992). Triangulation Revisited: Strategy of Validation or Alternative?. *Journal of the Theory of Social Behavior*, 22(2), pp.176-197.

Franklin B. (1994) *Targeting young men: audience-centered communication for AIDS prevention in Vietnam*. Monograph Series No. 4. Hanoi: CARE International in Vietnam; July.

Georget P. (2005) La persuasion publicitaire. Application des modèles théoriques de la psychologie sociale, *Revue internationale de psychosociologie*, vol. 11, n° 25, pp. 197-219.

Girard M. (6 Août 2006) « Un budget équilibré et 500 000 spectateurs », *La Presse*, p. A2, consulté en ligne le 23 mars 2009.

Godin G., Lévy J.J., G. Trottier G., (2002) *Vulnérabilités et prévention VIH-sida, Enjeux contemporains*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 326 p.

Goffman E., (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, Ed. de Minuit

Gostin L.O. (2004) *The AIDS Pandemic. Compacency, Injustice, and Unfulfilled Expectations*, University of North Carolina Press, Chapel Hill and London, 445 p.

Graeff J.A, Elder J.P., Booth E.M. (1993) *Communication for health and behavior change : A developing country perspective*, Jossey-Bass Inc., Publishers.

Greven, H. A. (1982). *La Langue des slogans publicitaires en anglais contemporain*. Paris: PUF.

Groupe de travail sur le VIH endémique (GTVE) (Novembre 2001). *Compte-rendu de la tribune communautaire « Pour nous, par nous, et ça nous concerne! » : une occasion pour les communautés africaines et caribéennes de s'attaquer à la stigmatisation et au déni associés au VIH/sida*.

Groupe de travail sur le VIH endémique (GTVE) (Décembre 2003). *Stratégie en vue de répondre aux problèmes reliés au VIH vécus par les gens vivant en Ontario et originaires de pays où le VIH est endémique*. 35 p.

Guba E., Lincoln Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Beverly Hills, CA:Sage

Haig R.A. (1988) *The Anatomy of Humour: Biopsychosocial and Therapeutic Perspective*, Springfield, IL: Thomas, p.202.

Haley K., (Septembre 2008) *Que font les adolescents des leurs journées?* Statistique Canada

Harcourt C., Edwards J., Philpot R., (1 Aout 1988) On the Grim Reaper campaign, *Medical journal of Australia*, vol 149, n°3, pp.:162- 164

Hausermann M., Roggli C., Riedener H., Stahli A., (7 au 12 Août 1994) *International Conference on AIDS. Hot rubber-the condom: marketing lifestyle, improving preventive behaviour, generating money for NGO's: the Swiss experience*. Int Conf AIDS. (abstract no. 479c), Swiss Aids Foundation, Zurich.

House E. R. (1990). *An ethics of qualitative field studies*. Dans Guba E.G. (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 158-164). Newbury Park, CA: Sage.

Hovland C.I., Weiss, W. (1951). *The influence of source credibility on communication effectiveness*. *Public Opinion Quarterly* 15, pp. 635-650

Institut National de santé publique du Québec (Septembre 2006), *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas cumulatifs 2002-2005*, ISBN 13 : 978-2-550-48463-9, 88 p.

Institut National de santé publique du Québec (Juin 2009) *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2008*, ISBN : 978-2-550-57606-8, 129 p.

Institut National de santé publique du Québec (Novembre 2009) Rapport du sous-comité Épreuves de détection de la syphilis, ISBN: 978-2-550-57784-3, 161 p.

Jean Bevier P., et al., (Octobre 1995) Women at a Sexually Transmitted Disease Clinic Who Reported Same-sex Contact: Their HIV Seroprevalence and Risk Behaviors, *American Journal of Public Health*, Vol. 85, No 10.

Job R. F. S. (1988a), Effective and ineffectiveness of fear in health promotion campaigns fail. *Public opinion quarterly*, vol. 78, pp. 163-167.

Job R. F. S. (1988b), Effective and ineffectiveness of fear in health promotion campaigns fail. *Public opinion quarterly*, vol. 11, pp.413-423.

Joffrin L. (1988) *Mai 68 : Une histoire du mouvement*, Paris, Seuil, p. 370

Josseran L., Raffin J., Dautzenberg B., Brucker G., (Décembre 2003), Connaissances, opinions et consommation de tabac au sein d'une faculté de médecine française, *La Presse Médicale*, Vol 32, N° 40, pp. 1883-1886

Kerps, G. L. (1988). The pervasive role of information in health and health care : Implications for health communication policy. Dans J. Anderson (Ed.), *Communication yearbook 11* (pp.238-276). Newbury Park, CA : Sage.

Kerr T, Stoltz J, Tyndall M, Li K, Zhang R, et al. (2006). Impact of a Medically Supervised Safer Injection Facility on Community Drug Use Patterns: A Before and After Study. *British Medical Journal* 332, pp.220-222

Kotler P., Andreasen A. (1982) *Marketing for Nonprofit Organizations*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kotler P., Roberto N., Lee N. (2002) *Social marketing, Improving the Quality of Life*, Second Edition, Sage Publications, 438 p.

Kotler P., Zaltman G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of Marketing*, Vol 35, pp. 3-12.

Kushner S. (2000). *Personalizing evaluation*. London : Sage. 240 p.

Lacasse F., Thoenig J.-C., (1996) *L'action publique*, L'Harmattan, Coll. Logiques politiques, p. 401.

Lambert, G., Cox, J. et al. (2006). *ARGUS 2005 : Sommaire de l'enquête sur l'infection du VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)*. Montréal Direction de santé

publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Agence canadienne de santé publique, Disponible sur Internet : [www.argusquebec.ca](http://www.argusquebec.ca).

Laperrière A. (1997) Les critères de scientificité des méthodes qualitative, dans Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (Juin 1997), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal, 418 p.

Larsen C.R. (1998) *HIV-1 and Communication Disorders. What Speech and Hearing Professionals Need to Know*, Singular Publishing Group, Inc. 150 p.

Lashley K., Watson J. (1921) A psychological study of motion pictures in relation to venereal disease. *Social hygiene*, 7, pp. 181-219.

Lasswell H.D.(1948), « The structure and function of communication in society », dans Bryson L. (sous la direction de), *The Communication of Ideas*, New York, Harper and Row, pp. 37-51.

Lavidge R.J., G.A. Steiner (1961), « A Model for Predictive Measurements of Advertising Effectiveness », *Journal of Marketing*, 25, pp. 59-62.

Le Bossé Y. (2004). Vous avez dit l'empowerment? De « l'habilitation » au « pouvoir d'agir » vers une définition plus circonscrite de la notion d'empowerment, *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), pp.30-51.

Leclerc P., Morissette C. et Tremblay C. (2006). *Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal ?* Secteur vigie et protection (équipe ITSS), Direction de santé publique de Montréal, 14 p.

Le Fugues, consulté en ligne le 1 avril 2009, [www.fugues.com](http://www.fugues.com)

Léobon A., Frigault L.-R., Velter A. (Décembre 2006) *Le Net Gay Baromètre 2006 : une enquête auprès des internautes gays fréquentant des sites de rencontre français*, CNRS – Université du Québec à Montréal - INVS., 13 p.

Letarte M. (samedi 15 juillet 2006) « Outgames 2006 : La réflexion avant la compétition », *Le Devoir*, p. fl. Consulté en ligne le 23 mars 2009.

Lewin K. (1951), *Field theory in social science; selected theoretical papers*, D. Cartwright (ed.), New York, Harper & Row, 346 p.

Leyens J.-P., (1979) *Psychologie sociale*, Psychologie Et Sciences Humaines, Bruxelles, 194 p.

Lincon Y.S (1990) The Making of a Constructivist. A Remembrance of Transformations Past. Dans Guba E.G (éd), *The Paradigm Dialog*, Newbury Park, Ca: Sages, pp. 67-87

Loewenstein, G. (2007). *Affectez les prévisions réglementaires et affectives*. Dans brut, J. J. (ED.) manuel du règlement d'émotion New York : Guilford., pp. 180-203.

Mangleburg, T. F., Grewal, D., & Bristol, T. (1997). Socialization, gender, and adolescent's self-reports of the generalized use of products labels. *Journal of Consumer Affairs*, 31(2), pp. 255-278.

Mayer, M. (1997). Action research and the production of knowledge: The experience of an international project on environmental education. In S. Hollingsworth (dir.), *International action research: A casebook for educational reform*. London: Falmer Press. pp. 112-123.

McCarthy E.J. (1975), *Basic marketing: A managerial approach*, Irwin, Homewood. Dans Solomon, D (1989). *A Social Marketing Perspective on Communication Campaigns*. Dans Rice and Atkin op cit.

McDermott R., Hawkins M., Moor J., et Cittadino S. (1987), AIDS awareness and information sources among selected university students, *Journal of American College Health*, 35, pp. 222-226.

McFarlane M., Bull S., Rietmeijer C.A. (2000). Use of the Internet to solicit sex partners and related risk for STD among an inner city STD clinic population. *American Medical Association*, 284(4):443-446.

McGuire, W. J. (1968). Personality and attitude change: An information processing theory. Dans A. G. Greenwald, T. C. Brock, and T. M. Ostrom (eds.), *Psychological foundations of attitudes*, San Diego, CA: Academic Press. pp. 171-196.

McGuire W.J. (1972), Attitude Change: The Information Processing Paradigm, dans *Experimental Social Psychology*, C.G. McClintock, ed., New-York, NY: Holt, Rinehart, and Winston, pp. 108-141.

McGuire, W.J. (1976), Some internal psychological factors influencing consumer choice. *Journal of Consumer Research*, Vol. 2, pp.302-319.

McGuire W. J. (1989) Theoretical foundations of campaigns. Dans Rice, R. E., & Atkin, C. K. (Eds.), *Public Communication Campaigns*, Newbury Park, CA: Sage Publications, 2<sup>e</sup> éd., pp. 43-70.

McKenzie J, Smeltzer JL. (2000) *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs*. 3rd ed. Needham Heights (MA): Allyn & Bacon.

Meeres S.L., Fisher R., Gerrard N. (1995) Evaluability assessment of a community-based program, *Canadian Journal of Program Evaluation*;10(1), pp.103-121.

Mercer S.L., Goel V., (1994) Program evaluation in the absence of goals: A comprehensive approach to the evaluation of a population-based breast cancer screening program, *Canadian Journal of Program Evaluation*, 9(1), pp. 97-112.

Miles M., Huberman M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris : Deboeck University, 2e édition.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Décembre 2004) *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du Sida au Québec*, ISBN : 2-550-43576-1, 38 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009) *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2008 (et projections 2009)*, ISBN : 978-2-550-57739-3, 100 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009b) *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection du Québec (distribution et vente) 2008-2009 - Programme de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des personnes qui utilisent des drogues par injection*, ISBN : 978-2-550-55750-0, 84 p.

Morlet A, Guinan JJ, Diefenthaler I, Gold J. ( 21 Mars 1988) The impact of the "grim reaper" national AIDS educational campaign on the Albion Street (AIDS) Centre and the AIDS Hotline, *Medical journal of Australia*, vol. 148, n°6, pp.282-286

Myers, D. G. (2002). *Social psychology* (7th ed.). New York: McGraw-Hill

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), National Institutes of Health, Department of Health and Human Services (18 Octobre 2001) *Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease prevention*.

Nohre L, MacKinnon DP, Stacy AW, Pentz MA (1999) « The association between adolescents' receiver characteristics and exposure to alcohol warning label » *Psychology and Marketing*, Vol. 16, N°3, pp. 245-259

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. OMS, Santé Canada, Association canadienne de la santé publique.

OMS (1990) *Psychosocial aspects of HIV and AIDS and the evaluation of preventive strategies : report on a WHO meeting*, Lisbon, 28 May-1 June 1990, 45 p.

OMS (2003) *Integrating Gender into HIV/AIDS programmes*. Switzerland. p.17

OMS (2004) *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy brief: reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment*, World Health Organization.

O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. (2006) *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Presses de l'Université Laval. 540 p.

ONUSIDA (2006) *Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida: Édition spéciale 10e anniversaire de l'ONUSIDA*. Genève.

ONUSIDA (2008) *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*, Genève, 358 p.

Paicheler G. (1998) Risques de transmission du sida et perception de la contagion, *Communications*, n° 66, Seuil, Paris, pp.87-107.

Parent, R. et al., (2008). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2007 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2007*, Institut national de santé publique du Québec, 68 pages + annexes

Patton M. Q. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd edition. Newbury Park (CA): Sage Publications, pp. 11-12.

Petrof J.(1993)*Comportement du consommateur et marketing*, Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université Laval, p. 563.

Poland B., Pederson A. (1998) Reading Between the Lines: Interpreting Silences in Qualitative Research, *Qualitative Inquiry*, Vol. 4, n° 2, pp. 293-312

Poupart J., Groulx L., Mayer R., Deslauriers J.-P., Laperrière A., Pires A.P. (1997), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal: Gaëtan Morin, Éditeur, 405 p.

Raiteri R., Fora R., Gioannini P. et al. (1994) «Seroprevalence, risk factors and attitude to HIV-1 in a representative sample of lesbians in Turin» *Genitourinary Medicine*, 70, 3, pp. 200-205

Reardon K.K. (1990) Meeting the communication/persuasion challenge of AIDS in workplaces, neighbourhoods, and schools : A comment on AIDS and public policy. *Health Communication*, 2, pp. 267-270.

Reason P. (1994a) *Participation in Human Inquiry*, Newbury Park, CA : Sage.

Reason P. (1994b). « Three approaches to participative inquiry ». Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* Thousand Oaks: Sage. pp. 324-339.

Réseau mondial des femmes pour les droits reproductifs. (2006) *Dénouer les liens qui nous enserrent : Un appel à l'action pour lutter contre la vulnérabilité des femmes face au VIH/SIDA*. Amsterdam, Pays-Bas, 16 p.

Rhodes S. D., (2004). Hookups or health promotion? an exploratory study of a chat room-based HIV prevention intervention for men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), pp. 315-327.

Rinn M., (2002), Les discours sociaux contre le sida : rhétorique de la communication publique, Bruxelles : De Boeck Université, 292 p.

Rogers R. W. (1983), Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revisited theory of protection motivation, dans Cacioppo J. T. et Petty R. E. (dir.), *Social Psychophysiology*, NY: Guildford, pp.153-176.

Rogers, E. M. (1986). *Communication technology: The new media in society*. New York: Free Press.

Rogers, E. M., Storey, J. D. (1987). Communication campaigns. Dans C. Berger and S. Chaffee (Eds.) *Handbook of communication science*, Newbury Park, CA: Sage.

Rosenzweig M. (1998). Les drogues dans l'histoire entre remède et poison : archéologie d'un savoir oublié, Bruxelles, De Boeck et Belin, p. 198.

Rossi P.H., Lipsey M.W., Freeman H.E., (2004) «Expressing and Assessing Program Theory» (Chap. 5) Dans *Evaluation: A Systematic Approach*. Thousand Oaks, CA, Sage, 7<sup>th</sup> Ed., pp.152-168.

Roy R. (Juin 1975) *Vers une méthodologie générale d'aide à la décision*, Rapport METRA International, n° 87, 4 p.

Sabatier R. (1988) *Blaming Others: Prejudice, Race and Worldwide AIDS*, London: Panos.

Santé Canada (1998) *Stratégie nationale sur le sida, Rapport d'étape 1997-1998, Phase II*, 40 p.

Scholten M. (1996). Lost and found: The information-processing model of advertising effectiveness. *Journal of Business Research*, 37, pp. 97-104.

Siegel M., Lotenberg L.D. (2007) *Marketing Public Health, Strategies to Promote Social Change*, Second Edition, Sudbury Mass, Jones and Bartlett Publishers, 608 p.

Sitbon A. (Août 2002) *L'évaluation de la communication publique l'exemple de la prévention du sida*, Cahier de recherche, Crédoc, n° C172.

Skinner D., Mfecane S. (Novembre 2004) Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa, *Journal des Aspects Sociaux du VIH*, vol. 1 n. 3, pp. 157-164.

Slater M.D., Flora, J.A. (1991). "Health Lifestyles: Audience Segmentation Analysis for Public Health Interventions." Dans *Health Education Quarterly*, 18, pp. 221-233.

Smith J.W. (1991) *Aids, philosophy and beyond. Philosophical dilemmas of modern pandemic*. Aldershot : Avebury.

Société Canadienne du Sida (2009) *Un pas en avant - Une boîte à outils pour la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida (GIPA)*, 192 p.

Solomon D.(1989), A Social marketing perspective on communication campaigns. Dans Rice, R. and Atkins, C. (eds), *Public Communications Campaigns*, Sage, Newbury Park, CA. 2nd ed., pp. 87-104

Stapp, W.B., Wals, A.E.J. et Stankorb, S.L. (1996). *Environmental education for empowerment: Action research and community problem solving*. Dubuque: Kendall – Hunt Pub.

Statistique Canada (2004), CANSIM, tableaux (payant) 502-0002 et 502-0003 et produit n° 87F0006XIF.

Statistique Canada (septembre 2008) *Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence*, Michelle Rotermann, no 82-003-XPF au catalogue • Rapports sur la santé, vol. 19, no 3, p. 6

Staub R. (1988) AIDS prevention and control. Invited presentations and papers from the World Summit of Ministers of Health on Programmes for AIDS Prevention, Dans the World Health Organization (WHO) and the United Kingdom Government, Queen Elizabeth II Conference Centre, Westminster, London, 26-28 January 1988. Geneva, Switzerland, WHO, 1988, pp.69-71

Stenhouse, L. (1975). *An introduction to curriculum research and development*. London: Heinemann Educational Book. Stringer, E.T. (1996). *Action research: A handbook for practitioners*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Sternthal, B , Dholakia R.R., et Leavitt C. (1978), "The Persuasive Effect of Source Credibility Tests of Cognitive Response," *Journal of Consumer Research*, 4, pp.252-260.

Strathdee S.A., Vlahov D. (Décembre 2001) The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy, *AIDScience* ,Vol. 1, No. 16.pp. 1-33.

Stringer, E. T. (1996). *Action research : A handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA : Sage.

UNGASS (2008) Rapport d'activité des pays, 139 p.

USAIDS (1996). *Performance Monitoring and Evaluation TIPS*. Centre for Development Information and Evaluation.  
[http://www.usaid.gov/pubs/usaid\\_eval/pdf\\_docs/pnabs539.pdf](http://www.usaid.gov/pubs/usaid_eval/pdf_docs/pnabs539.pdf)

UNAIDES (Septembre 2007) Report of the UNAIDS Technical Consultation on Social Change Communication, p. 39.

Tones, B.K. (1986). Health education and the ideology of health promotion: A review of alternative approaches. *Health Education Research*, 1, pp. 3-12.

Touraine A. (1989) *Le retour de l'acteur*. Paris, Fayard.

Touraine A. (1995) La formation du sujet. Dans Dubet François, Wieviorka Michel (dir.). *Penser le sujet autour d'Alain Touraine*. Colloque de Cerisy, Paris : Fayard, pp. 21-46.

Vanable P.A., Ostrow D.G., McKirnan D.J. (2003) « Viral load and HIV treatment attitudes as correlates of sexual risk behavior among HIV-positive gay men », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 54, pp. 263-269.

Van der Vliet, V. (1996). *The politics of AIDS*. London: Bowerdean, Publishing Company

Van Niekerk A.A. (2001) Moral and Social Complexities of AIDS in Africa, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol 27, n° 2, pp. 143-162.

Wakefield M, Morley C, Horan JK, *et al.* (2002) The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tob Control*, 11. pp 73-80.

Walpin, L. (1997). Combating heterosexism: Implications for nursing. *Clinical Nurse Specialist*, 11(3), pp. 126-132.

Weiss C. (1972) *Evaluation Research*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Wiess C. H. (1998) Understanding the Program, (Chap 3) dans *Evaluation*. New Jersey, Prentice Hall, 2<sup>nd</sup> Ed. pp.46-70.

Weiss E., Whelan D., Rao Gupta. G. (2000) "Gender, sexuality and HIV: Making a difference in the lives of young women in developing countries." *Sexual and Relationship Therapy*, International Center for Research on Women, Washington, DC, USA, 15(3), pp. 233-245.

Weller SC, Davis-Beaty K. (2007) Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Base de Données des Analyses Documentaires Systématiques Cochrane*, 4ème Édition.

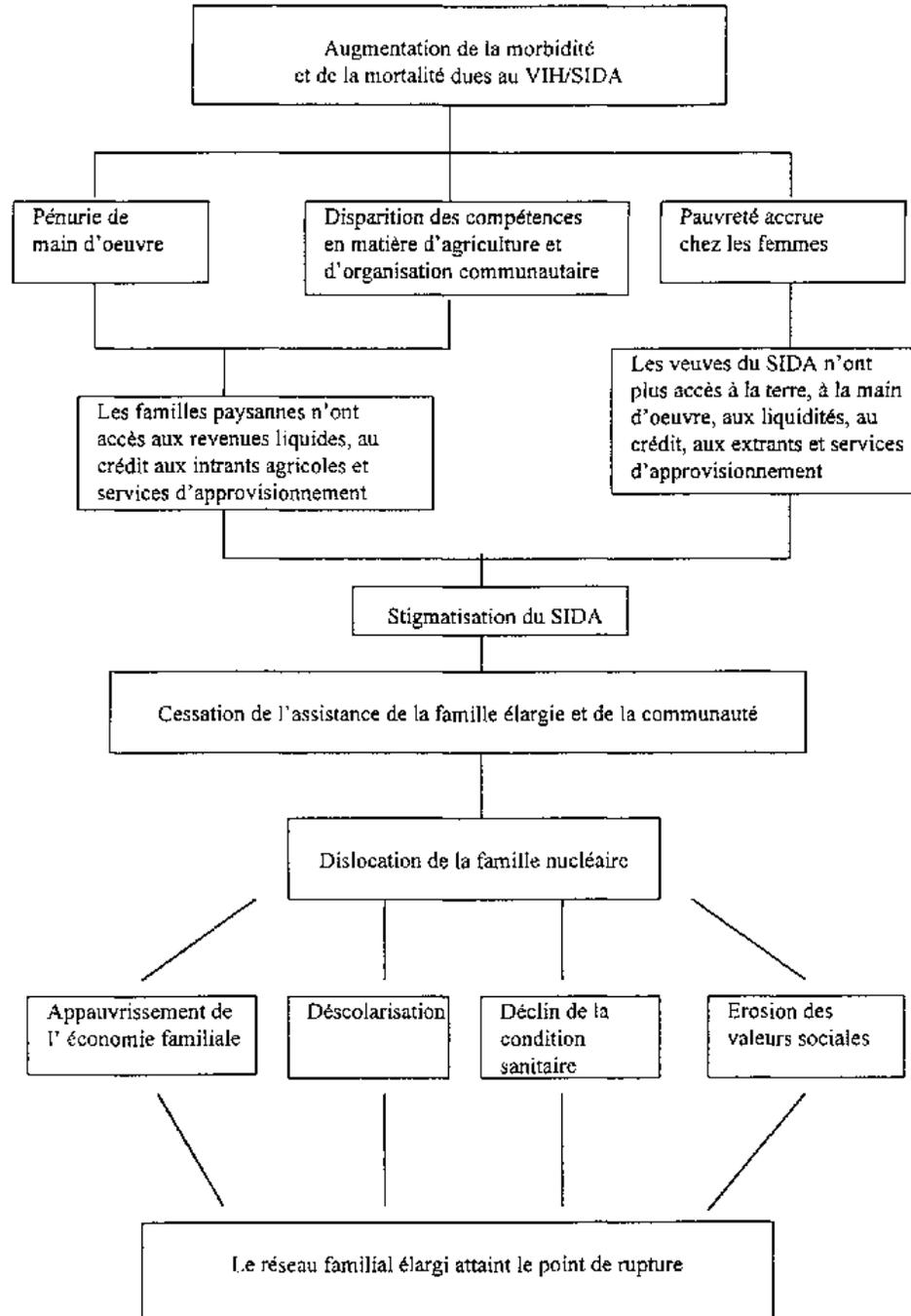
Wildavsky A., (1996), "Analyse de politique et PPBS", dans : Lacasse, F., Thoenig, J.-C., (1996) *L'action publique*, L'Harmattan, Coll. Logiques politiques, p. 401.

Wodak A., Cooney A. (2006) Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse*, 41(6-7), pp. 777-813.

Yin R.K, (1984) *Case study Research*, Beverly Hills (CA), Sage. Dans Contandriopoulos A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., Boyle, P. (2005), *Savoir préparer une recherche : La définir. La structurer, la financer*, Éd. Gaëtan Morin, Montréal, Chenelière Éducation, p. 197.



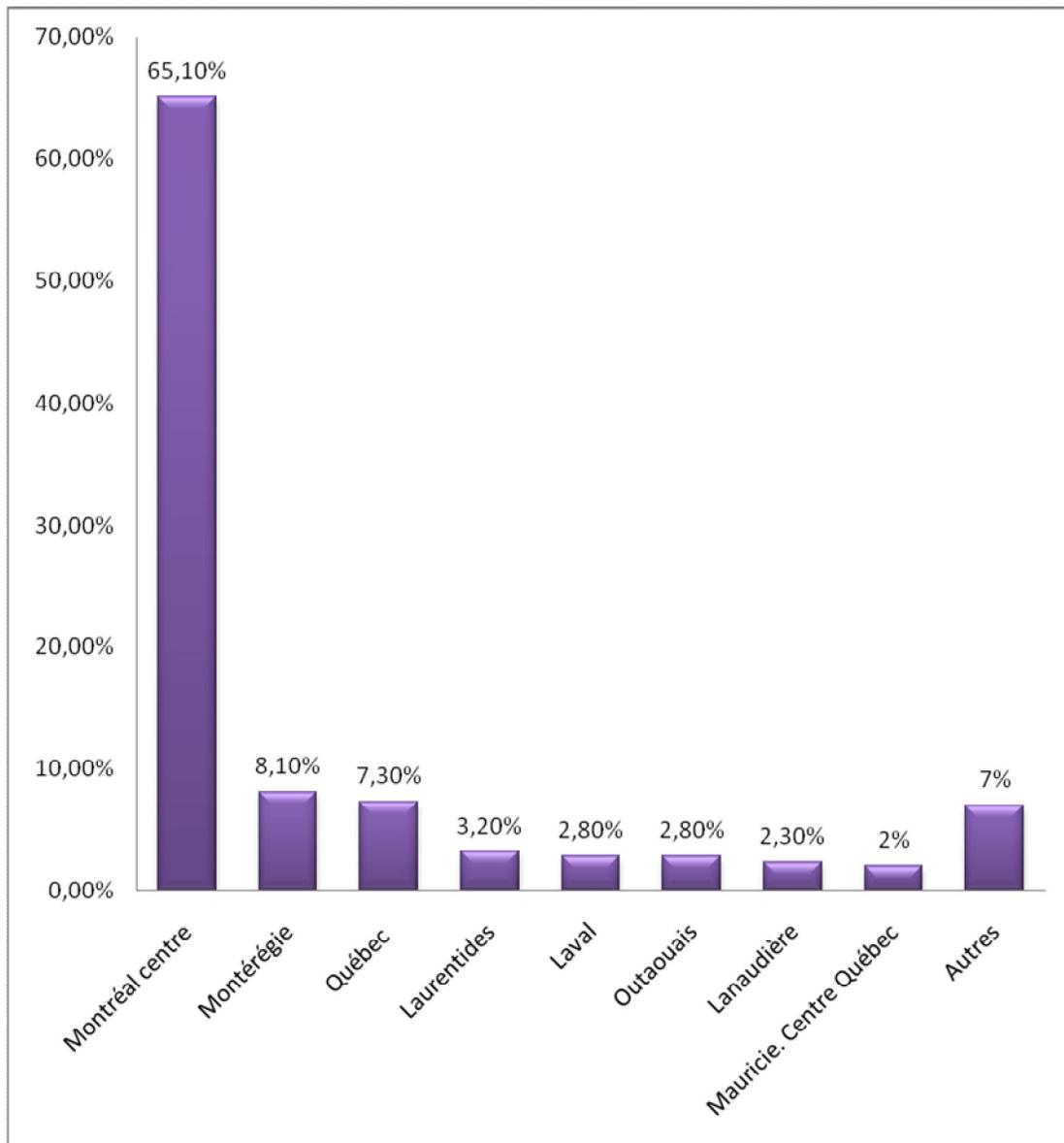
**ANNEXE 1: L'impact du VIH/SIDA sur les mécanismes traditionnels de survie dans les économies rurales**



**Source :**

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), (Janvier 1997), *De l'impact du VIH/SIDA sur les familles/communautés rurales et de la nécessité de concevoir des stratégies multisectorielles en vue de prévenir la pandémie et d'en atténuer les effets dans les zones rurales (orientation: Afrique)*, Chap3.

**ANNEXE 2 : Distribution de l'ensemble des cas selon la région socio sanitaire de résidence, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002 à décembre 2005.**



**Source :** Institut National de santé publique du Québec, Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas cumulatifs 2002-2005, ISBN 13 : 978-2-550-48463-9, Septembre 2006, Figure 6.

**ANNEXE 3 : The communication persuasion model as an input/output matrix**

<b>INPUT:Independent (communication Variables)</b>	<b>SOURCE</b>	<b>MESSAGE</b>	<b>CHANNEL</b>	<b>RECEIVER</b>	<b>DESTINATION</b>
<b>OUTPUT: Dependent Variables (response steps mediating persuasion)</b>	Number, Unanimity, Demographics, Attractiveness, Credibility, ....	Type appeal, Type information, Inclusion/omission, Organization, Repetitiveness, ...	Modality, Directness, Context ....	Demographics, Ability, Personality, Life style, ....	Immediacy/delay, Prevention/cessation, Direct/immunization, ....
1. Exposure to the communication					
2. Attending to it					
3. Liking, becoming interested in it					
4. Comprehending it (learning what)					
5. Skill acquisition (learning how)					
6. Yielding to it (attitude change)					
7. Memory storage of content and/or agreement					
8. Information search and retrieval					
9. Deciding on basis of retrieval					
10. Behaving in accord with decision					
11. Reinforcement of desired acts					
12. Post-behavioral consolidating					

*Source : McGuire, W. J. (1976) Some internal psychological factors influencing consumer choice. Journal of Consumer Research, 2.*

**ANNEXE 4 : La phase de la planification en six (6) étapes.**

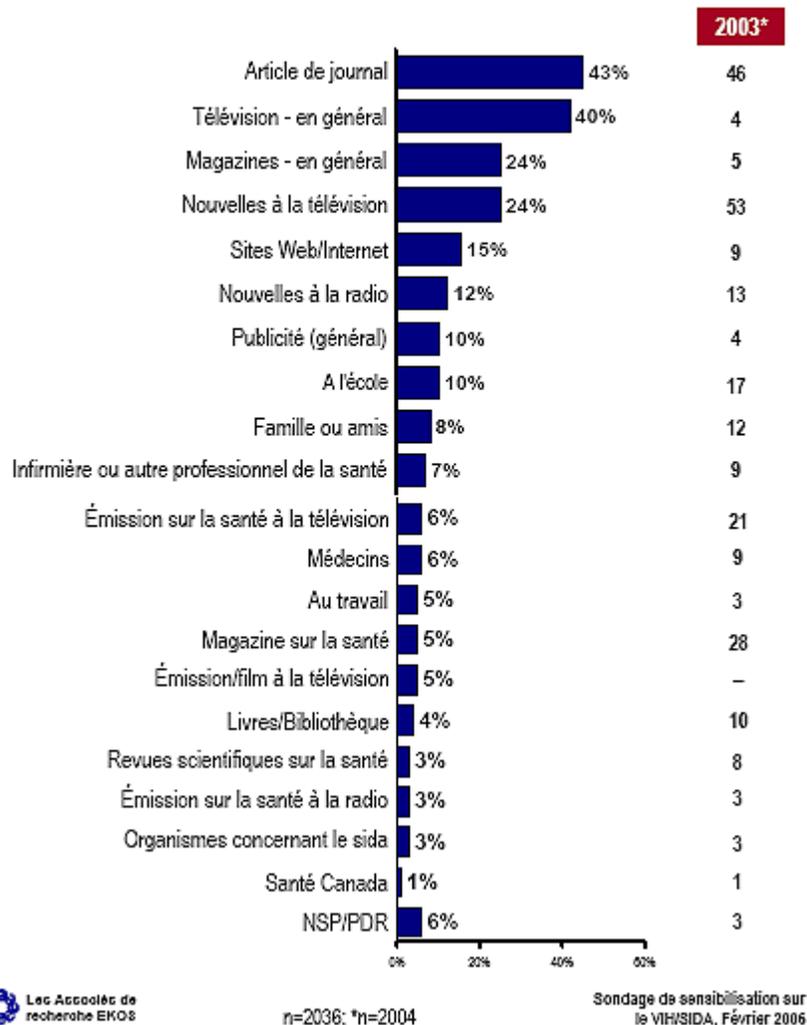
<b>Étapes</b>	<b>But général</b>	<b>But spécifique</b>
<b>Étape 1</b>	Analyse du contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les problèmes et la population affectée</li> <li>- Analyser des comportements présents et comportements de remplacement possibles</li> <li>- Mettre en évidence tous les éléments d'une solution (éducation, loi, marketing)</li> <li>- Déterminer l'environnement dans lequel se passera le changement</li> </ul>
<b>Étape 2</b>	Sélection de l'approche et décision du rôle du marketing	
<b>Étape 3</b>	Sélection de la mission et des objectifs :	Spécifier l'attitude, les conditions ou les politiques à changer
<b>Étape 4</b>	Segmenter et sélectionner la population ciblée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer la population cible sur laquelle on veut agir</li> <li>- Identifier les comportements actuels et ceux que l'on veut obtenir</li> <li>- Identifier les barrières aux comportements</li> </ul>
<b>Étape 5</b>	Le dessin des offres en santé public : Les Quatre « P »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produit</li> <li>- Prix</li> <li>- Place</li> <li>- Promotion</li> </ul>
<b>Étape 6</b>	Plan d'évaluation	

**Source :** Siegel M., Lotenberg L.D. (2007) *Marketing Public Health, Strategies to Promote Social Change*, Second Edition, Jones and Bartlett Publishers, p. 241. (traduction personnelles anglais/français)

## ANNEXE 5 : Source d'information sur le VIH/Sida au Canada

### Sources d'information

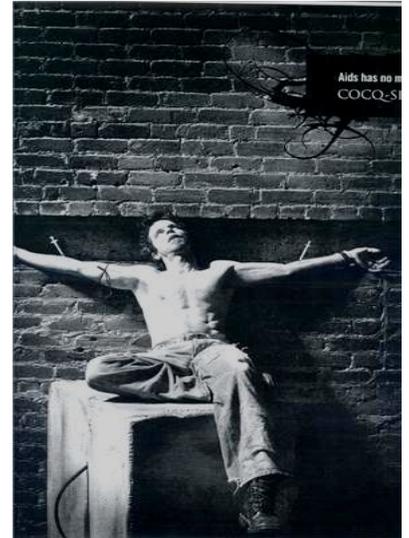
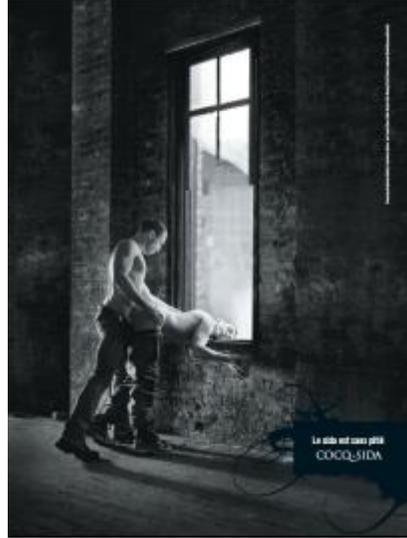
«Où avez-vous vu, lu ou entendu quelque chose sur le VIH/sida dans la dernière année?»



**Source :** Agence de Santé publique du Canada (31 mars 2006) Sondage de suivi de 2006 sur les attitudes touchant le VIH/sida, Rapport final, version PDF : [http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/2006/pdf/por06\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/2006/pdf/por06_f.pdf), p. 72.

ANNEXE 6 : Campagnes de prévention de COCQ-Sida soumises à l'évaluation

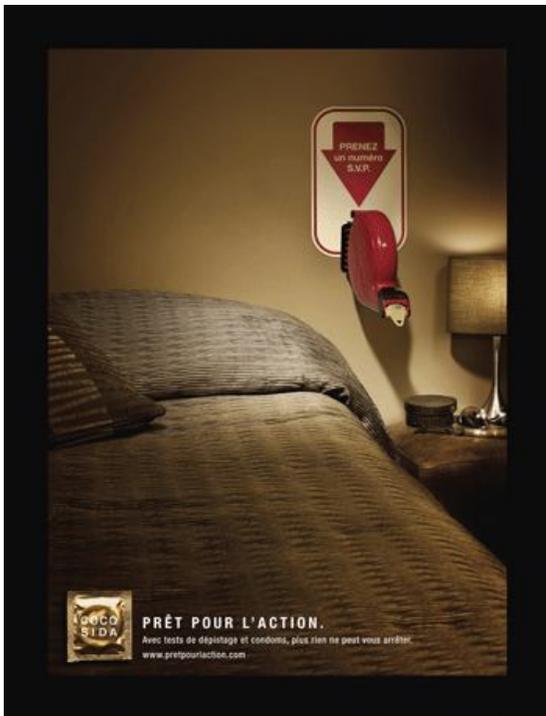
1) *Campagne Bûcher/Guillotine (2005)*



2) *Campagne Les Outgames (2006)*



3) Campagne « Prêt pour l'action » (2008)



## ANNEXE 7 : Grille d'entrevue



## Grille d'entrevue

de logique de quatre (4) campagnes de prévention du VIH/Sida à Montréal.

Nom : _____
Date : _____

*Thèmes*

## COMMENTAIRES

1. Sources

1.

---



---



---

2. Message

2.

---



---



---

3. Canal

3.

---



---



---

4. Récepteur

4.

---



---



---

5. Effets souhaités

5.

---



---



---

**ANNEXE 8 : Formulaire de consentement**



**Formulaire de consentement**

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

**Titre du projet : Évaluation logique de quatre (4) campagnes de prévention du VIH/Sida à Montréal.**

Nom du ou des chercheur(s) : Irina Dratchova

**Description du projet :**

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche évaluative portant sur les campagnes de prévention contre le VIH/Sida pour la population montréalaise. C'est une étude analytique et plus précisément une *recherche évaluative* en administration des services de santé. Avec ce projet on vise à porter un jugement sur le processus de mise en place d'une campagne de prévention contre le VIH/Sida. Ainsi, cette recherche rejoint plusieurs préoccupations actuelles en matière de développement de la maladie dans le monde, et, dans notre cas, plus particulièrement au Québec. Il devient alors indispensable que les campagnes de prévention soient efficaces. Nous avons choisi, avec la collaboration de notre personne ressource au sein de l'organisation COCQ-Sida, quatre (4) campagnes de préventions contre le Sida. Nous allons parler ensemble de l'une d'entre elles : celle que vous avez aidé à réaliser.

Cette recherche permettra une auto-réflexion critique pour les participants sur la conception des campagnes de prévention. Nous aurons ainsi en main des outils afin de construire des campagnes à succès.

**Procédures :**

Les entrevues individuelles seront réalisées auprès des participants à l'élaboration des campagnes choisies. Leur durée sera d'environ une heure dans un lieu qui conviendrait au mieux au participant. Ce seront des entrevues semi-structurées abordant les thèmes définis par le chercheur au préalable. Les entrevues se feront jusqu'à saturation des données. Il sera proposé aux participants de prendre contact avec le chercheur pour compléter certains aspects dont ils désirent discuter, ainsi que d'obtenir une copie papier de l'entrevues (verbatim). Aussi, il sera nécessaire que les participants puissent se revoir

afin de discuter des conclusions tirées à la suite de l'analyse critique effectuée par le chercheur. Ceci se fera soit en focus groupe, soit individuellement, tout dépendant de votre disponibilité.

### **Avantages et bénéfices :**

Cette étude se propose d'évaluer la qualité des théories utilisées par l'organisation lors de la construction d'une campagne. Le rôle du chercheur est d'aider les participants à identifier les problèmes rencontrés lors de leur travail. Les entrevues permettront à ces derniers d'ajuster leurs activités.

Aussi, à la parution de cette recherche, l'organisation bénéficierait d'outils afin de modifier ses approches en matière de campagnes publiques de prévention du VIH/Sida. En ce sens, c'est une recherche appliquée, où l'objectif principal est une aide à la planification et la décision. Le but d'une évaluation est d'aider les programmes à améliorer leurs décisions et leurs actions.

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

### **Risques et inconvénients :**

Dans l'état actuel de nos connaissances, votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice. Si des préjudices éventuels sont découverts en cours de projet, vous en serez aussitôt informé.

### **Critères d'exclusion :**

Cette étude exclue toutes personnes n'ayant pas participé à la création de la campagne de prévention présentée.

De plus, nous nous attardons uniquement sur les campagnes de prévention ayant été effectuées spécifiquement pour la région de Montréal.

### **Confidentialité**

Nous pouvons assurer que, dans le respect de la confidentialité, aucune divulgation sur l'identité des personnes ne sera faite. Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport. Les entrevues passées avec le chercheur seront des entrevues enregistrées sur un disque audio. Une retranscription partielle du verbatim sera faite.

Les données recueillies par le chercheur seront conservées pour une durée de 7 ans après l'étude à l'Université de Montréal et auprès du chercheur et ce à des fins de projets futurs ou de publication, après quoi elles seront détruites. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le

Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

**Éventualité d'une suspension de l'étude :**

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

**Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons.

**Indemnité compensatoire et/ou dépenses :**

Aucune indemnité compensatoire ne sera émise.

**Personnes-ressources :**

Pour toutes questions relatives à la recherche il est possible de prendre contact à tout moment avec le chercheur Irina Dratchova par téléphone (---) --- ---- ou par courriel-----  
-----@-----.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés)

**Adhésion au projet et signatures :**

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

---

Nom du participant

---

Signature du participant

---

Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

---

Nom du Chercheur

---

Signature du chercheur

---

Date

**Informations de type administratif :**

- L'original du formulaire sera conservé au ... et une copie signée sera remise au participant
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le (date) :
- No de référence : CERFM...
- Date de la version du présent formulaire

